



11241

UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA DEPTO. DE PSICOLOGIA  
MEDICA, PSIQUIATRIA y SALUD MENTAL

SEDE: HOSPITAL ESPAÑOL

TITULO: DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES  
CON INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL  
TRATADOS CON HEMODIÁLISIS

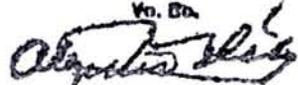
**T E S I S**  
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:  
**PSIQUIATRIA**

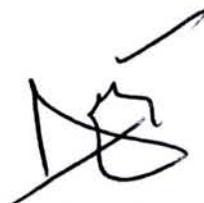
PRESENTA: Dr. José Antonio Franco Martínez

ASESORES:

  
Dr. Carlos Serrano  
Tutor Teórico

MEXICO, D.F.

CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA  
DEPTO. DE PSICOLOGIA MEDICA,  
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.  
Vo. Bo.  
  
DR. ALEJANDRO DIAZ MARTINEZ

  
Dr. Carlos Berlanga  
Tutor Metodológico

SEPTIEMBRE 2004



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

# DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL, BAJO TRATAMIENTO CON HEMODIÁLISIS

## INTRODUCCIÓN

En 1980 la OMS consideró que algunos fenómenos o factores psicosociales, como el bienestar del individuo, la salud mental, los trastornos psiquiátricos y la calidad de vida, constituían problemas mayores de salud pública, que debían ser foco de interés y objetivos de los programas básicos de salud.

Por otra parte ya desde hace mucho tiempo se ha detectado una mayor prevalencia de enfermedades mentales entre poblaciones con padecimientos terminales, que en la población en general (1,2)

A pesar de que la depresión impacta en forma considerable, la morbilidad y calidad de vida en pacientes con enfermedad renal terminal, la prevalencia real de esta, hasta la fecha se desconoce en forma exacta (3), se han reportado estudios en las pasadas 3 décadas que han estimado la prevalencia de la depresión mayor en el paciente con enfermedad renal terminal, en rangos tan amplios como 0 a 100% (4).

Por otra parte hasta la fecha no se ha logrado dilucidar si la depresión se debe a un ajuste ante los rigores que experimentan los pacientes con esta enfermedad, sobre todo durante las primeras etapas, o si es más prevalente en pacientes de larga evolución.

## CURSO CLINICO Y DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN

La depresión mayor tiene una prevalencia del 15% en la población general, en pacientes que asisten a una atención primaria puede aproximarse al 10%, y en los hospitalizados puede alcanzar hasta un 15%. En general el trastorno se observa con mayor frecuencia en las mujeres con una relación 2:1 (mujer/hombre), así como en personas que no tienen relaciones interpersonales íntimas o que se encuentran separadas o divorciadas. La edad de inicio promedio se ha establecido alrededor de la tercera década de la vida, pero el 50% de los pacientes inician en un rango entre los 20 a 50 años (5, 6,7, 8,9)

La mayoría de los pacientes utilizan el término depresión incluso para referirse a fluctuaciones mínimas del estado de ánimo y transitorias, es frecuente que a menudo se considere como normal, y por lo tanto es probable que no se tome en consideración, aún siendo grave, lo anterior es

aplicable a pacientes, con enfermedades médicas concomitantes, por lo que si un paciente que se encuentra bajo tratamiento a base de diálisis, esta se considera normal, aún cumpliendo los criterios para una depresión mayor.

Este trastorno está caracterizado por un malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes, de la actividad del individuo, existiendo casi siempre una pérdida del interés y de la capacidad para obtener placer, en mayor o menor medida, normalmente el apetito disminuye, y muchos sujetos tienen que esforzarse para comer, la alteración del sueño asociada mas a menudo a una depresión es característico del tipo intermedio, pero puede también presentarse el de tipo inicial y tardío, así mismo también podemos encontrar hipersomnía. Dentro de los cambios psicomotores se incluye la agitación o enlentecimiento, estos deben ser lo bastante graves para ser observados por los demás, y no presentar únicamente una sensación subjetiva, es habitual la falta de energía, el cansancio, o la fatiga, el sentimiento de inutilidad o culpa, que puede implicar evaluaciones negativas y no realistas de la propia persona, preocupaciones o rumeaciones de culpa, referidas a pequeños errores pasados, existe además una capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones, además de alteraciones en la memoria, lo que repercute en las ocupaciones laborales o estudios que representan una exigencia intelectual. Son frecuentes los pensamientos de muerte, la ideación suicida o las tentativas suicidas, existe en ocasiones la presentación de ideas de tipo obsesivo, ansiedad, fobias preocupación excesiva por la salud física y quejas por dolor. (10,11)

La discapacidad, cronicidad y recaídas son frecuentes en este trastorno, la depresión está asociada a disfunción física, social y a muchas otras enfermedades médicas comunes, incluyendo hipertensión, diabetes y artritis.

El impacto de la depresión en el funcionamiento social es tan grave como el deterioro asociado a condiciones médicas en general incluyendo la enfermedad renal terminal. De hecho la depresión en presencia de otra enfermedad médica puede alterar aun mas el funcionamiento del individuo, es decir la disfunción social es dos veces mayor en personas con enfermedad renal terminal y depresión, que en personas que presentan solo una de estas condiciones, ya que debemos recordar que dicho paciente no solo estaría sometido a los rigores de la enfermedad médica de base. Que en este caso sería la insuficiencia renal terminal, que ya de por si, es altamente incapacitante tanto en la esfera laboral (sesiones 3 veces por semana, anergia, hipotensiones, etc.), como en la esfera personal (baja autoestima, dificultades a nivel de función sexual, empleo, etc.), si no que además estos pacientes sufren los síntomas de depresión, que en algunos

casos pueden ser aditivos con los síntomas de la enfermedad renal de base, como lo son el deseo sexual, la hiporexia, la falta de concentración, y la anérgia, además de padecer los síntomas psicológicos de la depresión, como son: ánimo bajo, anhedonia, e ideas de minusvalía y desesperanza. Lo que nos da como resultado, un panorama altamente desolador, tanto para el paciente, su familia, y el personal médico.

## CALIDAD DE VIDA

El concepto calidad de vida en sus inicios se consideraba como una expresión comercial. Al incorporarse a la medicina, hace referencia a la enfermedad y a las intervenciones terapéuticas que impactan a un sujeto enfermo en la percepción de su bienestar biopsicosocial, este término es una abstracción para simplificar, mostrar y explicar la realidad del continuo salud-enfermedad en relación a un tratamiento. Pretende construir una guía de acción y una vía de acceso multidisciplinaria y comprensiva hacia los pacientes, la enfermedad que sufren y el tratamiento que reciben, para restablecer y preservar la salud, por medio de estrategias médicamente guiadas y adaptadas a las demandas de los enfermos, postula una actitud que puede brindar puentes, contactos y enlaces entre los diversos discursos sobre el ser humano enfermo.

La calidad de vida como concepto, incluye en un espectro dimensiones o áreas biopsicosociales, las cuales a su vez incluyen distintos elementos, indicadores o variables. Estos elementos son de dos tipos: objetivos y subjetivos, de acuerdo a esta clasificación que es la más utilizada, los primeros corresponden a todas aquellas variables que pueden observarse directamente, típicamente se determinan por medio del método de inducción y por los principios clásicos de la teoría de las preguntas evaluativas, No obstante esta división es artificial y operacional, pues fomenta la dicotomía mente-cuerpo y debemos recordar que en la psiquiatría los elementos subjetivos importan tanto como fenómenos objetivos y formas de expresión clínica, que adquieren categoría y significación en el modelo de una clínica psiquiátrica y psicológica (12)

Definir la calidad de vida es un proceso ambiguo. Si a un fenómeno tan complejo como es la vida humana se le agrega a su dimensión temporal "cantidad de años", atributos que definen el conjunto de cualidades que la distinguen y corresponden a su calidad, el problema adquiere una dimensión filosófica, por esto ha sido indefinible en forma precisa y se ha optado por

definiciones operacionales basándose en los elementos objetivos y subjetivos comprendidos en su espectro.

El componente subjetivo es considerado la base conceptual de la definición de la calidad de vida y ha dado origen a las llamadas definiciones unidimensionales. En estas definiciones el foco de atención es la percepción del sujeto sobre la vida, ejemplos de estas son las definiciones postuladas por Dunbar en 1990, quien la define como la diferencia en un período particular de tiempo entre la esperanza y la expectativa individual y la experiencia del individuo, basada en la integración de factores o experiencias a nivel biopsicosocial (13).

Otros autores consideran a la calidad de vida como un concepto con una definición multidimensional e incluyen componentes objetivos y subjetivos, que median razonablemente entre sus expectativas y los elementos que pueden evaluar en sus estudios, pero no se ha delineado claramente una definición sobre el concepto y se da por entendida en sus publicaciones (7)

Sin embargo se enfocan en los componentes objetivos postulando que estos elementos determinan e influyen sobre la percepción de la calidad de vida.

También existen las llamadas definiciones mixtas, como la propuesta por Lara (1995), quien la define como la percepción y evaluación global que el sujeto hace de su vida cuando está enfermo dependiendo de las características de la enfermedad que sufre y de las del tratamiento que recibe. Este tipo de definiciones no se enfocan en algún elemento, subjetivo u objetivo sino que los considera complementarios.

Los dominios de la calidad de vida se refieren a las características de la vida de los enfermos, la naturaleza y extensión de los problemas que enfrentan en diferentes momentos de la enfermedad así como la adaptación a los mismos. La evaluación del concepto es una forma de monitorear a los pacientes.

En la actualidad los estudios sobre calidad de vida, se consideran como un punto importante en los estudios clínicos, las evaluaciones de este concepto son consideradas como prioritarias en estudios clínicos sobre tratamiento y fármacos nuevos.

Todos los estudios de calidad de vida permitirán conocer las necesidades reales de atención de salud, de la población enferma y de la capacidad de los servicios existentes para satisfacer las demandas. También permitirán la toma y modificación de decisiones clínicas así como la organización de políticas y programas de salud, de esta forma la atención a los pacientes puede mejorarse ya que los reportes de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, reportan que uno de los principales problemas de los servicios de Salud en México, son precisamente su mala calidad. Por otra parte los pacientes demandan actualment la necesidad de mayor atención a

su calidad de vida, así como mayor conocimiento sobre los factores concomitantes a su enfermedad y tratamiento.

En nuestro medio los resultados de los tratamientos de las enfermedades incluyendo la insuficiencia Renal Terminal, aún se determinan basándose en datos biológicos, resultando negligentes en la estimación de la percepción y evaluación subjetiva de los pacientes, sobre su enfermedad y el tratamiento de la misma. Así mismo con la detección de los problemas psicosociales a los que estas dos instancias pueden llevar a los pacientes. No obstante se ha realizado la estimación de dos variables psicosociales como son: el estado funcional y el retorno a la vida productiva, pero es necesario realizar evaluaciones de los resultados en términos biopsicosociales, estimando otras áreas importantes que se han integrado en el concepto de calidad de vida.

Enfocándonos en el paciente renal, sin duda alguna, es importante destacar los aspectos, de vida familiar, roles sociales, laborales, y familiares invertidos, vida sexual, la capacidad para adaptarse a los regímenes estrictos de la diálisis, la autoestima, la imagen corporal, así como el hecho de volverse dependiente en muchos sentidos, que como se ha descrito, estos son de los principales problemas que reportan a nivel de calidad de vida los pacientes que se encuentran bajo tratamiento a base de diálisis. (32)

## FISIOPATOLOGÍA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL

La lesión renal de naturaleza mantenida suele no ser reversible, sino, que conduce a la progresiva destrucción de la masa de las neuronas, a pesar del tratamiento exitoso de la hipertensión, la obstrucción, y la infección de vías urinarias, así como de las enfermedades sistémicas, muchas formas de lesión renal progresan inexorablemente hacia la insuficiencia renal crónica. La reducción de la masa renal produce hipertrofia estructural y funcional de las neuronas que quedan, que se debe a la hiperfiltración adaptativa, mediada por aumento de las presiones y flujos capilares glomerulares. Estas adaptaciones terminan por demostrar que son una "mala adaptación", dado que predisponen a la esclerosis glomerular, un aumento sobre la carga funcional de los glomérulos menos afectados, que a su vez conduce hacia su destrucción final. Independientemente de su causa, el impacto final de esta grave reducción de las neuronas es una alteración de prácticamente todos los sistemas del organismo. Uremia es el término que generalmente se aplica al síndrome clínico de los pacientes que presentan grave pérdida de la función renal. Además del curso inexorablemente progresivo de la insuficiencia renal, suele acompañarse de malnutrición grave, alteración en

el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas así como una defectuosa utilización de la energía. El término uremia, se usa en general para referirse a la constelación de signos y síntomas que se asocian a la insuficiencia renal crónica.

Se considera una etapa incipiente de la insuficiencia renal, cuando la tasa de filtración glomerular, ha reducido a un 35-50% del basal, de 20-35%, aparecen las manifestaciones iniciales, y de un 20-25%, el paciente desarrolla insuficiencia renal manifiesta. (30). Por otra parte, en lo que respecta al tratamiento, en un principio se pueden aplicar medidas básicas, como dieta, y restricción de líquidos, no obstante, cuando las complicaciones propias de la uremia, se vuelven muy importantes, o los desequilibrios hidroelectrolíticos, se hacen presentes, el paciente se vuelve candidato a recibir tratamiento a base de diálisis ya sea en forma definitiva, o de ser posible, y si sus condiciones generales así lo permiten, el entrar a un programa de trasplante renal. (31)

## CURSO CLÍNICO Y ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS Y SOCIALES DEL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD RENAL TERMINAL

Cada año aproximadamente 50,000 personas en los Estados Unidos de Norteamérica desarrollan insuficiencia renal crónica, entre las causas más comunes que condicionan dicho estado se encuentran diabetes mellitus, hipertensión, aterosclerosis, y lupus eritematoso sistémico, así como enfermedades primarias del riñón entre las cuales tenemos glomerulonefritis, nefritis crónica, riñones poliquísticos, y otras enfermedades de tipo hereditario. (25)

Teniendo como tratamientos para esta condición a la diálisis y al trasplante de riñón, como ya se comentó previamente.

Se han descrito un sinnúmero de complicaciones a nivel psicológico en los pacientes que se encuentran bajo tratamiento a base de hemodiálisis, que a continuación describiremos. En primer lugar suelen existir dificultades a nivel emocional, cuando personas que suelen ser activas se enfrentan a un tratamiento de hemodiálisis, pues este demanda de ellas que se comporten en forma absolutamente pasiva, pues con frecuencia personas que por otra parte solían ser totalmente independientes y productivas, de pronto se ven a sí mismas en un escenario de total dependencia hacia una máquina, sus familiares y el personal médico. Otro problema que afecta a estos pacientes es que la insuficiencia renal a diferencia de otras patologías crónicas, es que estas últimas permiten a los pacientes ciertos periodos de relativa

estabilidad de su sintomatología, mientras que el proceso de diálisis les recuerda por lo menos 3 veces a la semana, lo irreversible de su condición, así como por la cantidad de medicamentos que suelen consumir, y la dieta restrictiva a la que son sometidos, siendo esto agravado por el hecho, que cualquier trasgresión que estos hagan en sus regimenes, es detectado en forma inmediata por el personal médico, mediante el peso o los niveles de potasio. (26)

Así mismo se sabe que aproximadamente 2/3 de los pacientes que se encuentran bajo este tipo de tratamientos pierden sus trabajos, con lo que su fuente de ingresos se suelen ver comprometida, así como su sensación de dependencia se ve aumentada, esto suele tener efectos devastadores, tanto en le paciente como en su familia, y si a esto último agregamos el hecho, de que para muchas personas el trabajo no solo es visto como una fuente de ingresos, sino como una manera de alcanzar metas, y de asegurar la autoestima, tenemos como resultado, que estos pacientes tienen un buen número de factores de riesgo para ver afectada su autoestima y desarrollar depresión, así como otras entidades psiquiátricas (27)

Dentro de las complicaciones psiquiátricas como tales, tenemos que la ansiedad y la depresión, son las entidades psiquiátricas mas frecuentemente observadas en este tipo de pacientes, por una parte la ansiedad puede ser debida, al propio proceso que entraña la diálisis, como lo pueden ser ansiedad de anticipación a padecer mareos, nauseas, hipotensión, angor, etc., o la problemática que plantea este estilo de vida, como lo es miedo a no poder sobrellevar, una vida sexual, así como no poder cumplir con las expectativas propias, de la familia, o del personal médico. (28)

Por otra parte los síntomas depresivos, no son menos frecuentes, y ya que la depresión suele ser precedida por algún tipo de pérdida, es perfectamente comprensible, que en estos pacientes que se encuentran llenos de pérdidas como lo son la de la fuerza, energía, habilidad sexual, trabajo, libertad física e independencia, los hace una población especialmente susceptible a padecerla.

Por otra parte la evaluación de los síntomas depresivos en pacientes renales es especialmente complicado, puesto que buena parte de los síntomas derivados de la diálisis y de la insuficiencia renal, son en si mismo criterios para diagnosticar trastorno depresivo mayor, puesto que muchos de estos pacientes padecen disminución del apetito, pérdida de las energías, boca seca, constipación, y disminución en el deseo y habilidad sexuales, por lo que poner mayor énfasis en sintomatología de tipo psicológico como lo son pobre autoestima, sensación de desesperanza, anhedonia, llanto e ideación suicida, son especialmente importantes para realizar un buen diagnóstico, así como considerar el pasado afectivo de cada paciente (episodios depresivos

previos a la enfermedad, gravedad, duración, antecedentes heredo familiares, ideación suicida previa, etc.) son buenos indicadores para establecer la gravedad, así como la susceptibilidad a respuesta en un tratamiento. (29)

## ANTECEDENTES

A pesar de que no existen estudios bien diseñados, prospectivos, y bien documentados acerca de la depresión en pacientes en hemodiálisis, se piensa que el trastorno depresivo mayor es la complicación psiquiátrica más común en pacientes con insuficiencia renal terminal, tratados a base de hemodiálisis (14,15,16). De hecho estudios de revisiones importantes en la literatura, han reportado series de pacientes en diálisis, en los que se reportan incidencias de depresión con rangos tan variables como 0 a 100% (4), sugiriendo que la prevalencia de trastorno depresivo mayor en este tipo de pacientes no es conocida, y que probablemente depende mucho del tipo de estudio así como de los cuestionarios utilizados.

En una revisión de las hospitalizaciones a pacientes tratados con hemodiálisis en Estados Unidos en 1993, se encontró que un 9%, se hospitalizaron por razones de tipo psiquiátrico, siendo el diagnóstico más común hasta en un 26%, trastorno depresivo mayor, observándose que este tipo de pacientes se internaban por causas psiquiátricas en forma más común que pacientes sin insuficiencia renal terminal, como por ejemplo, con enfermedad coronaria, lo que sugiere, que los episodios depresivos en estos pacientes, no solo son una reacción de ajuste al tratamiento con diálisis, si no que se podrían deber, al proceso de tener que enfrentar su situación a largo plazo (17).

Así mismo, existen otras series reportadas, como la de Lowry y Atcherson, que reportaron un 18% (18), y la de Hinichersen, con un 17.7%, para trastorno depresivo mayor (19).

En lo que respecta a los estudios de tipo longitudinal, también existe poca información al respecto, no obstante se sabe que en promedio aproximadamente un 45% de los pacientes al ser reevaluados tres años después no mostraron ningún cambio en índices depresivos, mientras que un 25%, se mostraron menos deprimidos, y finalmente un 33%, mostraron mayores índices de depresión tras ser evaluados tres años después (20,21,22). En general, existen datos controversiales al respecto, puesto que la revisión de grandes series de pacientes, reportan que probablemente no exista relación entre el tiempo en diálisis, y la incidencia de trastorno

depresivo mayor, no obstante otros muchos estudios han reportado, que la prevalencia de depresión suele ir disminuyendo con el paso del tiempo, lo que reflejaría una tendencia del paciente a adaptarse a un nuevo estilo de vida (20,23). Lo anterior lo considero de gran importancia, puesto que parte del presente estudio, será el comparar el tiempo que los pacientes han permanecido en diálisis, con la prevalencia del trastorno depresivo mayor. Lo anterior nos lleva a concluir que es indispensable conocer el estado afectivo de los pacientes, así como su relación con el tiempo en tratamiento, pues aunque no se sabe mucho al respecto, las consecuencias de padecer un episodio depresivo mayor, pueden ser devastadoras en términos de mortalidad en estos pacientes, puesto que existen una gran cantidad de estudios en los últimos 20 años que han tratado de dilucidar la relación entre mortalidad y trastorno depresivo mayor, los datos obtenidos han sido contradictorios, no obstante se sabe, que son factores de mal pronóstico en términos de supervivencia a corto plazo, la edad, los niveles de albúmina, y el ser portador de un trastorno depresivo mayor, tal y como lo demuestran los estudios hechos por Ziarnik y colaboradores (20), de hecho se ha calculado, que tan solo padecer de trastorno depresivo mayor en estos pacientes aumenta el riesgo de mortalidad a un año entre un 18 a 32%, comparado contra pacientes en diálisis, sin este fenómeno. (23)

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

Tanto la enfermedad renal terminal, como el trastorno depresivo mayor son entidades que actualmente están incrementando su prevalencia tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo ambas entidades son consideradas problemas de salud pública, en parte por las consecuencias no solo a nivel individual, si no también por la consecuente serie de discapacidades en la funcionalidad dentro de diferentes áreas de los sujetos afectados por estos padecimientos.

La asociación entre la enfermedad renal y la depresión como se ha expuesto en los párrafos previos ha ido en aumento tanto en su prevalencia individual como en la comorbilidad o asociación de estas entidades, repercutiendo en un mayor grado en los sujetos que presentan esta condición. Por lo anteriormente descrito considero que para la presente investigación es primordial el conocer la prevalencia de presentación de cuadros depresivos mayores en pacientes con insuficiencia renal terminal que se encuentren bajo tratamiento a base de hemodiálisis, así como evaluar su calidad de vida.

Por lo que la importancia del presente estudio reside en dos aspectos principales, el primero es el conocimiento de la frecuencia de comorbilidad entre ambas entidades y el segundo es determinar el grado de alteración en la calidad de vida de dichas entidades en la vida del paciente, así mismo se buscará una posible relación entre el tiempo en diálisis, y la presencia de trastorno depresivo mayor y la calidad de vida.

#### OBJETIVOS:

- 1) Determinar incidencia de depresión en pacientes en hemodiálisis
- 2) Determinar la calidad de vida de estos pacientes
- 3) Comparar por sexo y tiempo en diálisis los promedios obtenidos de los diferentes instrumentos.

#### MATERIAL Y MÉTODO

##### Diseño de la Investigación

Es de tipo observacional transversal

##### Pacientes

Pacientes adultos mayores de 18 años que se encuentre bajo tratamiento a base de hemodiálisis en el Hospital Español, y que por lo menos lleven mas de 6 meses bajo tratamiento, y que aceptaran de forma voluntaria participar en el estudio

#### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Mayor de 18 años
2. Cumplir los criterios para recibir tratamiento a base de hemodiálisis

3. Contar con un mínimo de 6 meses bajo tratamiento
4. No cuenten con historia previa de Trastorno Depresivo Mayor

## CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Pacientes con diagnóstico de demencia o un puntaje menor a 25 en la escala de Minimental state
2. Pacientes que lleven menos de 6 meses en diálisis.

## INSTRUMENTOS UTILIZADOS

La Escala de depresión de Hamilton, es una evaluación que se realiza por el entrevistador, calificado para cuantificar la intensidad de los estados depresivos, cuenta con 21 reactivos y una calificación máxima de 62 puntos, para considerar al paciente con depresión debía de obtener un puntaje superior o igual a 10 puntos.

El cuestionario de Dunbar, se realizó para evaluar la calidad de vida de los pacientes psiquiátricos no psicóticos, pero puede tener aplicación general. Está constituido por 46 preguntas en escalas análogas visuales que se califican del 1 al 10. Las preguntas se dividen en 2 grupos de 23 reactivos, que proporcionan los puntajes de 2 indicadores: calidad de vida actual que mide la satisfacción de vida en el momento de la aplicación del índice, y calidad de vida ideal que mide la percepción subjetiva de la satisfacción de vida ideal, que el sujeto desearía. Este índice proporciona 2 puntajes totales por indicador y cada uno de ellos realiza la evaluación considerando 7 áreas que son: bienestar psicológico, bienestar físico, humor, autocontrol, relaciones sociales, área laboral y economía. Cada área comprende un listado de síntomas psicológicos y sociales que se pueden presentar en trastornos ansiosos o afectivos. Los autores reportaron su consistencia interna con valores de alpha de 0.90 para calidad de vida actual y de 0.95 para calidad de vida ideal, en este trabajo se utilizó una escala visual análoga, que es un método de clasificación o de determinación gráfica, que constituye una aproximación para evaluar fenómenos o atributos subjetivos. Es una línea de

10 cms, con dos límites, uno define la ausencia del fenómeno y el otro su máxima expresión, al paciente se le pide que marque el punto en la línea que corresponda a la magnitud de la calidad de vida, que finalmente representa el valor numérico ( 0 a 10 ), de su calidad de vida.

### **Criterios Diagnósticos de Episodio Depresivo Mayor**

Para el diagnóstico de Depresión se utilizaron los criterios del DSM IV:

- A) Cinco o más de los siguientes puntos presentes la mayor parte del día, casi cada día durante el mismo periodo de 2 semanas y que representan un cambio en la función previa, unjo de los síntomas debe ser: (1) estado de ánimo depresivo, o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.
  - 1) **Ánimo Deprimido**
  - 2) **Disminución del interés o el placer en la mayoría de las cosas o actividades**
  - 3) **Pérdida de peso significativa sin dieta intencional o ganancia de peso, decremento o incremento del apetito**
  - 4) **Insomnio o hipersomnia, fatiga o pérdida de la energía, sentimiento de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiado**
  - 5) **Agitación o retardo psicomotor**
  - 6) **Fatiga o pérdida de peso**
  - 7) **Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada**
  - 8) **Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión**
  - 9) **Pensamiento recurrente de muerte, ideación suicida recurrente, plan o intento suicida**
- B) **Los síntomas no cumplen criterios para un episodio mixto**
- C) **Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro funcional**

- D) Los síntomas no son causados por los efectos fisiológicos directos de una sustancia o enfermedad médica
- E) Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo o por el diagnóstico de esquizofrenia u otro trastorno psicótico
- F) No historia de episodio maniaco o hipomaniaco previo.

## PROCEDIMIENTNO

Se realizó una solicitud de permiso, al jefe de servicio de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Español, para poder realizar las encuestas correspondientes a los pacientes, en diálisis, así mismo se le explicó el procedimiento del estudio, por otra parte a cada paciente se le pidió su colaboración en forma verbal, tras explicarle a cada uno el motivo del estudio.

Una vez hecho lo anterior, se entrevistó a cada paciente , considerando los criterios de DSM IV, para diagnosticar la presencia de un cuadro depresivo mayor, así mismo se le realizó a cada uno, una escala de depresión de Hamilton,, así como una escala de vida de Dumbar, tanto en su versión actual, como en su estado ideal.

## RESULTADOS

Tabla 1. Características demográficas de los pacientes

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>Sexo</b>		
Femenino	19	52.5%
Masculino	21	47.5%
<b>Escolaridad</b>		
1 a 6 años	16	40%
7 a 9 años	2	5%
10 a 12 años	6	15%
13 o mas años	16	40%
<b>Estado Civil</b>		
Casado	30	75%
Soltero	6	15%
Divorciado	0	0
Viudo	4	10%
<b>Ocupación</b>		
Hogar	11	27.5%
Jubilado	3	7.5%
Actividad Profesional	9	22.5%
Desempleado	17	42.5%
<b>Causa Subyacente</b>		
Diabetes	16	40%
Hipertensión	18	45%
Glomerulonefritis	3	7.5%
Lupus	3	7.5%

Tabla 2 RESULTADOS DE LOS INSTRUMENTOS Y PROMEDIOS

Paciente	Edad	Sexo	Dunbar Actual	Dunbar Ideal	Hamilton
1	47	M	4.78	5.08	5
2	21	F	5.08	5.34	18
3	72	F	6.69	5.26	4
4	63	F	5.56	5.52	15
5	76	M	5.6	5.69	17
6	45	M	6.39	5.39	11
7	65	F	6.52	5.65	23
8	65	M	4.86	5.43	7
9	74	M	4.73	5.56	4
10	62	M	5.3	5.56	25
11	82	F	6	5.6	20
12	47	F	5.43	5.69	10
13	51	M	4.13	5.47	14
14	83	M	5.43	5.17	7
15	89	M	5.73	5.69	17
16	55	M	5.52	5.95	20
17	63	M	4.82	5.3	8
18	34	F	5.6	5.34	9
19	72	M	5.04	5.69	11
20	73	M	5.95	5.85	23
21	61	M	5.04	5.69	8
22	81	F	5.04	5.69	9
23	58	M	5.3	5.52	8
24	63	F	5.04	5.69	14
25	71	F	4.82	5.34	18
26	48	M	5.56	5.65	6
27	53	F	4.86	5.3	9
28	82	F	5.3	5.6	10
29	49	M	5.2	5.56	9
30	71	F	4.73	5.17	17
31	63	F	5.43	5.95	9
32	55	M	4.78	5.08	19
33	59	F	5.2	5.34	6
34	73	F	4.13	5.08	22
35	58	M	5.43	5.26	9
36	82	F	5.04	5.47	15
37	76	F	5.56	5.95	7
38	74	M	5.08	6	5
39	51	M	4.73	5.47	19
40	55	F	6	5.95	7
<b>Promedios</b>	<b>62.21</b>	<b>H=52.5%</b>	<b>5.31</b>	<b>5.48</b>	<b>12.66</b>

Tabla 3. RESULTADOS Y PROMEDIOS EN HOMBRES

Paciente	Edad	Dumbar Actual	Dumbar Ideal	Hamilton
1	47	4.78	5.08	5
2	76	5.6	6.69	17
3	45	6.39	5.39	11
4	65	4.86	5.43	7
5	74	4.73	5.56	4
6	62	5.3	5.56	25
7	51	4.13	5.47	14
8	83	5.43	5.17	7
9	89	5.73	5.69	17
10	55	5.52	5.95	20
11	63	4.82	5.3	8
12	72	5.04	5.69	11
13	73	5.95	5.85	23
14	61	5.04	5.69	8
15	58	5.3	5.52	8
16	48	5.56	5.65	6
17	49	5.2	5.56	9
18	55	4.78	5.08	19
19	58	5.43	5.26	9
20	74	5.08	6	5
21	51	4.73	5.47	19
<b>PROMEDIOS</b>	<b>62.33</b>	<b>5.25</b>	<b>5.57</b>	<b>12</b>

Tabla 4 RESULTADOS Y PROMEDIOS EN MUJERES

Paciente	Edad	Dumbar Actual	Dumbar Ideal	Hamilton
1	21	5.08	5.34	18
2	72	6.69	5.26	4
3	63	5.56	5.52	15
4	65	6.52	5.65	23
5	82	6	5.6	20
6	47	5.43	5.69	10
7	34	5.6	5.34	9
8	81	5.04	5.69	9
9	63	5.04	5.69	14
10	71	4.82	5.34	18
11	53	4.86	5.3	9
12	82	5.3	5.6	10
13	71	4.73	5.17	17
14	63	5.43	5.95	9
15	59	5.2	5.34	6
16	73	4.13	5.08	22
17	82	5.04	5.47	15
18	76	5.56	5.95	7
19	55	6	5.95	7
<b>PROMEDIOS</b>	<b>63.8</b>	<b>5.37</b>	<b>5.52</b>	<b>12.73</b>

Tabla 5 Comparación Por Tiempo transcurrido en Tratamiento

Tiempo en diálisis	Pacientes	Dumbar Actual	Dumbar Ideal	Hamilton
6 meses a 1 año	7	5.36	5.44	13.71
1 año a 2 años	9	5.02	5.48	14
2 años a 3 años	5	5.31	5.51	17
3 años a 4 años	3	5.12	5.69	7.3
4 años a 5 años	5	5.47	5.42	9
5 años a 6 años	4	5.18	5.71	10.75
6 años a 7 años	2	5.43	5.73	7.5
7 años a 8 años	1	4.86	5.3	9
8 años a 9 años	0	0	0	0
9 años a 10 años	1	5.56	5.52	15
10 años a 11 años	1	5.43	5.69	10
11 años y mas	2	5.36	5.46	14

Tabla 6. Características Socioedemográficas y Valores de los Instrumentos, entre los pacientes Deprimidos, vs No Deprimidos.

	Con Depresión (n) %	Sin Depresión (n) %	P
Numero	15 (37.5%)	25 (62.5%)	
Edad	65.9	61.32	.333
Sexo	Fem 8 (53.3%) Mas 7 (46.6%)	Fem 11 (44%) Mas 14 (56%)	.579
Estado Civil	Casado 9 (60%) Soltero 6 (40%)	Casado 21 (84%) Soltero 4 (16%)	.094
Patología de base	HAS 5 (33.3%) DM 6 (40%) Lupus 2 (13.3%) Glom 2 (13.3%)	HAS 13 (52%) DM 10 (40%) Lupus 1 (4%) Glom 1 (4%)	.110
Dumbar Actual	5.29	5.27	.907
Dumbar Ideal	5.49	5.54	.606
Hamilton	19.2	8.64	
Tiempo en Diálisis	-2 años 9 (60%) +2 años 6 (40%)	-2 años 10 (40%) +2 años 16 (60%)	.231

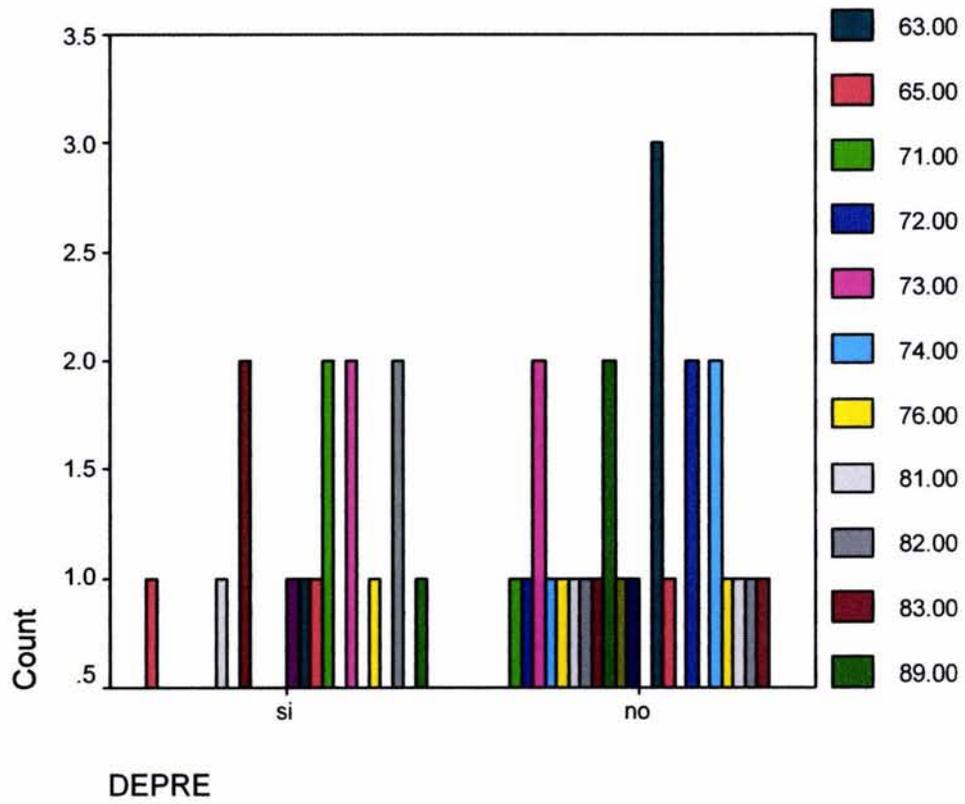
## Oneway

### ANOVA

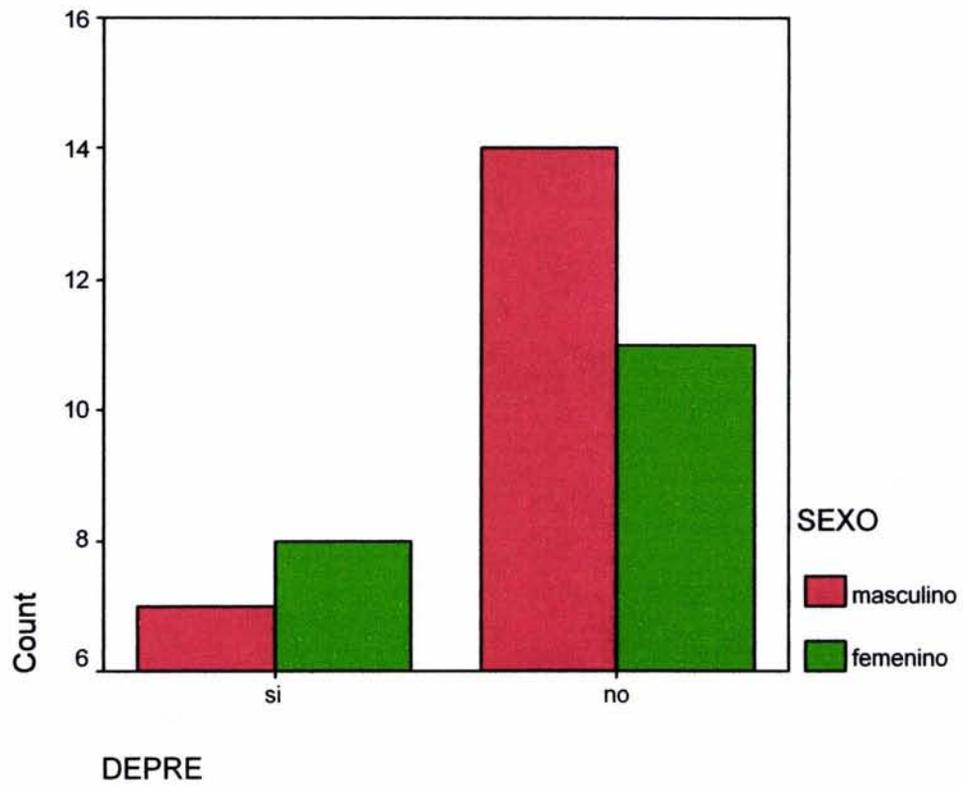
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
SEXO	Between Groups	8.167E-02	1	8.167E-02	.314	.579
	Within Groups	9.893	38	.260		
	Total	9.975	39			
EDAD	Between Groups	199.527	1	199.527	.963	.333
	Within Groups	7874.373	38	207.220		
	Total	8073.900	39			
CIVIL	Between Groups	.540	1	.540	2.948	.094
	Within Groups	6.960	38	.183		
	Total	7.500	39			
PATOL	Between Groups	2.042	1	2.042	2.681	.110
	Within Groups	28.933	38	.761		
	Total	30.975	39			
DUMACT	Between Groups	4.428E-03	1	4.428E-03	.014	.907
	Within Groups	12.238	38	.322		
	Total	12.243	39			
DUMIDE	Between Groups	1.804E-02	1	1.804E-02	.271	.606
	Within Groups	2.534	38	6.667E-02		
	Total	2.552	39			
TIEMPO	Between Groups	.375	1	.375	1.484	.231
	Within Groups	9.600	38	.253		
	Total	9.975	39			

## Graficas

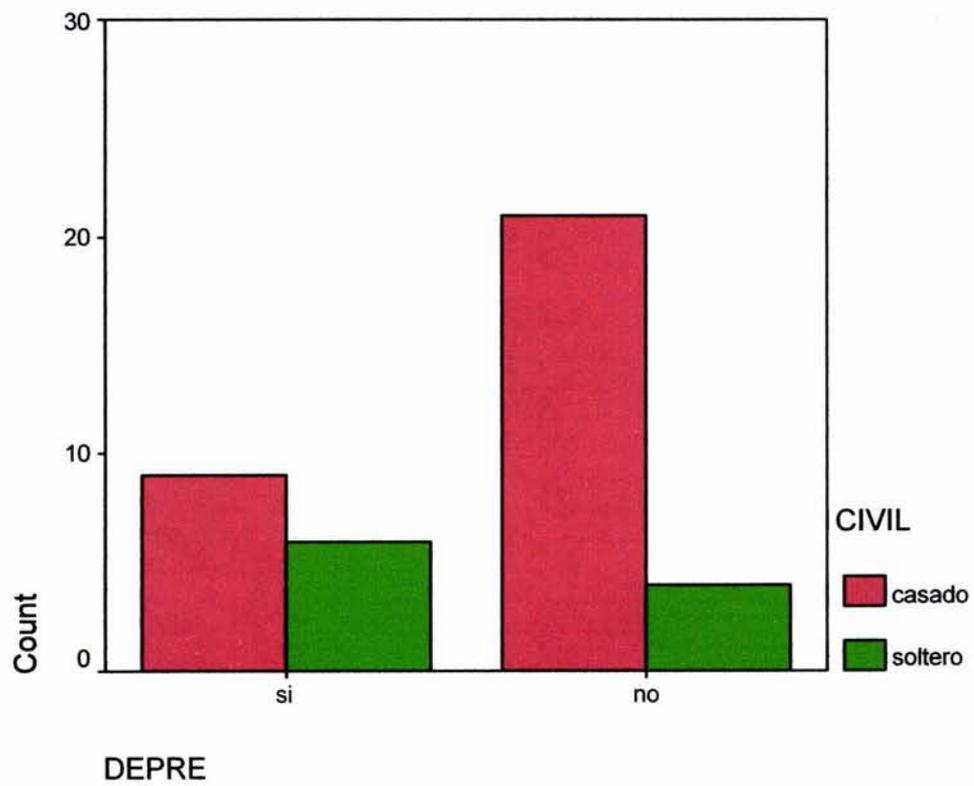
### Depresión vs Edad



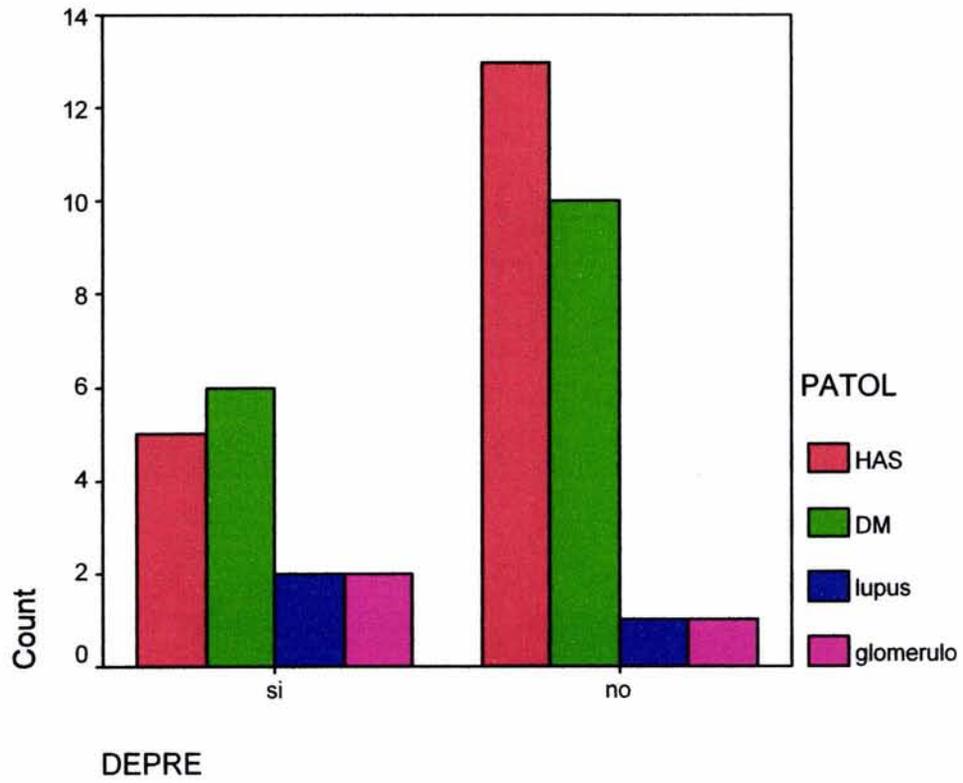
## Depresión vs Sexo



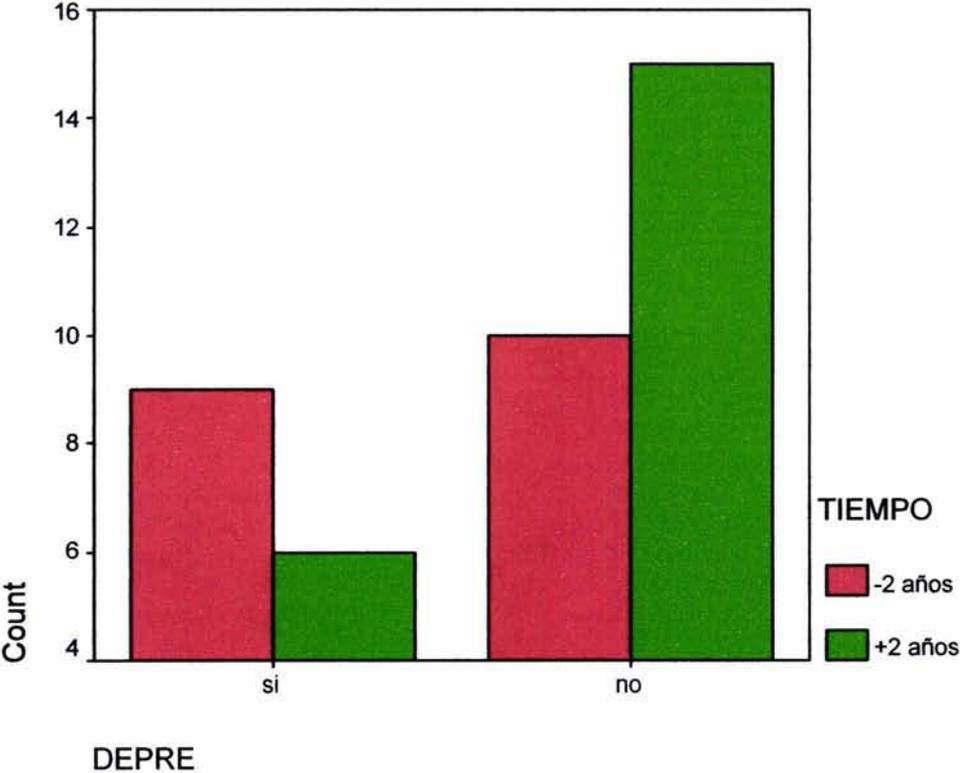
## Depresión Vs Estado Civil



## Depresión vs Patología de Base



# Depresión vs Tiempo



## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el presente trabajo se determinó la incidencia de depresión en pacientes sometidos a hemodiálisis en el Hospital Español, misma que fue de un 37.5%, siendo aproximadamente 2.5 veces más frecuente que en la población general. (33).

Posteriormente y como ya se comentó, se procedió a separar la muestra en dos subgrupos de pacientes con y sin depresión, para compararlos en lo que respecta a variables sociodemográficas y patológicas.

Encontrándose en lo que respecta a las variables sociodemográficas, un dato interesante, como es el hecho de que en lo que respecta al estado civil, el grupo con depresión mostró a un 40% de los pacientes como solteros, mientras que en el de sin depresión tan solo representa un 16%, cabe indicar que esta diferencia, no alcanzó significancia estadística, no obstante la podemos clasificar como una tendencia, apoyada por otra parte por el hecho, de que es bien conocido que los pacientes solteros tienden más a deprimirse, como está bien descrito en la literatura.(34) Por otra parte en lo que respecta a la edad las diferencias son mínimas entre los grupos, esto debido muy probablemente al promedio de edad de los grupos que fue de (63.8 años para las mujeres y de 62.3 para los hombres), que como está descrito a dichas edades, la incidencia de depresión tiende a igualarse. (33).

En lo que respecta a la medición de la calidad de vida, tanto en su versión actual, como en la ideal, los resultados obtenidos, no alcanzan significancia estadística.

Por último es digno de mencionarse los resultados obtenidos en lo que respecta al tiempo en diálisis, se aprecia una inversión de la tendencia, pues mientras que en el grupo de los pacientes con depresión se observa que los que los pacientes con menos de dos años en tratamiento representan un 60%, mientras que los de más de 2 años representan un 40%, obteniéndose la proporción inversa en el grupo sin depresión, con un 40% con menos de 2 años, y un 60%, con más de 2 años, lo que posiblemente indique, que existe una fase de adaptación al inicio del tratamiento, como ya previamente se comentó y está reportado en la literatura (20,23), no obstante dicha tendencia tampoco obtuvo una diferencia significativa desde el punto de vista estadístico.

El presente estudio muestra la presencia de una muy alta comorbilidad entre el tratamiento a base de hemodiálisis para la insuficiencia renal crónica y la presencia de Trastorno Depresivo Mayor. Al respecto cabe

señalar el impacto de la depresión, en el tratamiento de la insuficiencia renal, donde en reportes internacionales mencionan la disminución de apego al tratamiento, así como la presencia de complicaciones e incremento en la morbimortalidad, así mismo cabe indicar que en base a lo mencionado previamente es de gran importancia considerar el tratamiento de la depresión en estos pacientes, para poder mejorar así tanto su sobrevivencia, como la calidad de la misma, pues es bien sabido, que la depresión en estos pacientes suele ser subdiagnosticada, lo que da como resultado las complicaciones anteriormente descritas.

Por último, y aunque considero que este trabajo aporta tendencias importantes, el número de pacientes desafortunadamente fue pequeño, lo que pudo contribuir, a que dichas tendencias anteriormente mencionadas, no alcanzaran significancia estadística, por lo que se propone que este trabajo sea ampliado en un futuro, tanto en lo que respecta al número de pacientes, como en el número de mediciones, para así poder obtener resultados más sólidos, que respalden nuestras conclusiones, que por otra parte deberán siempre de tomarse con algunas reservas, dado que son obtenidas en un hospital de tercer nivel, donde el nivel socioeconómico de los pacientes es de medio alto, por lo que todas las conclusiones obtenidas del mismo, probablemente no puedan ser aplicadas a la población general de nuestro país.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1) Gavard JA, Lustran PJ. Prevalence of depression in adults with diabetes; an epidemiological evaluation, *Diabetes Care*. 1993; 16: 1167-1178
- 2) Schulberg HC, Burns BJ, Mental disorders in primary care: epidemiological, diagnostic and treatment research directions. *Gen Hospital Psychiatry*. 1998;10:79-87
- 3) Kimmel PL, Weihs K, Survival in hemodialysis patients: the role of depression. *J. Am Soc Nephrol*. 1993;4:12-27
- 4) Smith MD, Hong BA, Diagnosis of depression in patients with end stage renal disease. *Am J. Med*. 1985;79:160-166
- 5) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, ed 4 (*DSM IV*), Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994
- 6) Rorsman B, Grasbeck A. LA prospective study of first incidence of depression. The Lundby study 1957-1972. *Dr J. Psychiatry*. 1990; 156: 336-342
- 7) Scott J. Chronic Depression. *Br J Psychiatry*. 1998; 153: 287-297
- 8) Sharma R, Markar HR. Mortality rates and affective disorders. *J affect Disord*. 1994; 31: 91'96
- 9) Schulberg HC, Saul M. Assessing depression in primary medical and psychiatric practice. *Arch Gen Psychiatry*. 1985; 12: 1164-1170
- 10) Caldecott-Hazard S, Morgan D, Clinical and biochemical aspects of depressive disorders: II Transmitter receptor theories. *Synapse*. 1991; 9:251-58
- 11) Cassem EH. Depression and anxiety secondary to medical illness. *Psychiatr. Clin North Am*. 200; 13:597-612
- 12) González CC, Freyre GJ. Problemas bioéticos en la atención al paciente psiquiátrico. *Psiquis*. 1996; 53: 60-69

- 13) Ormel J, VonKoff M. Common mental disorders and disability across cultures. *JAMA*. 1994; 272: 1741-1748
- 14) Kimmel PL, Weihs KL. Survival in hemodialysis patients, the role of depression. *J. Am Soc Nephrol*. 4:12-27, 1993
- 15) Kimmel PL., Psychosocial factors in adult end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: Correlates and outcomes. *Am J. Kidney Dis*. 2000; 35: 132-140
- 16) Levenson JL, Glocheski S. Psychological factors affecting end-stage renal disease, a review. *Psychosomatics*. 1991; 32: 382-389.
- 17) Kimmel PL, Thamer M. Psychiatric illness in patients with end-stage renal disease. *Am J Med*. 1998; 105:214-221.
- 18) Lowry MR, Atcherson E. A short term follow-up of patients with depressive disorder on entry into home hemodialysis training. *J. Affect Disord*. 1980;2:219-227
- 19) Hinrichsen GA, Liberman JA. Depression in Hemodialysis patients *Psychosomatics*, 1989; 30: 284-289.
- 20) Kimmel PL, Peterson RA. Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban hemodialysis patients. *Kidney Int*. 1998; 54:245-254
- 21) Husebye DG, Westlie L. Psychological, social and somatic prognostic indicators in old patients undergoing long-term dialysis. *Arch Inter Med*. 1987; 147:1921-1924.
- 22) Kimmel PL, Peterson RA. Behavioral compliance with dialysis prescription in hemodialysis patients. *J Am Soc Nephrol*. 1995; 5: 1826-1834.
- 23) Kimmel PL, Peterson RA. Multiple measurements of depression predict mortality in patients with end-stage renal disease. *Kidney Int* 2000; 57:2093-2098.
- 24) Ziarnik JP, Freeman CW. Psychological correlates of survival on renal dialysis. *J Nerv Ment Dis*. 1977;13:155-157.
- 25) Stoudemire A. *Psychiatric Care of the Medical Patient*. Edit Oxford Tomo 2, Capítulo 48 Año 2000, pp 791-800

- 26) Levy NB, Coping with maintenance hemodialysis, *Clinical aspects of uremia and Dialysis* (chap 3, pp 53-68), 1976
- 27) Gutman RA, et-al, Physical activity and employment status of patients maintenance dialysis. *N. Engl J. Med.* 1981; 304: 309-313
- 28) Levy NB. Sexual Dysfunctions of hemodialysis. *Clin Exp Dial Apheresis.* 1983; 7:275-288
- 29) Cohen LM. Suicide Hastening death, and psychiatry. *Arch Intern Med.* 1998; 158: 1973-1976.
- 30) Harrison, et.al. Principios de Medicina Interna. 13<sup>a</sup>- Edición. Edit. Interamericana, cap. 237, pp. 1464-1472
- 31) Harrison et-al. Principios de Medicina Interna. 13<sup>a</sup>. Edición. Edit. Interamericana. Cap 238, pp- 1473-1484
- 32) Nolph, K. Peritoneal Diálisis, 3<sup>a</sup>. Edición, 1989, Edit. Kluwer Academia, chapter 22, pp 429-441.
- 33) Stern, Herman, PSYCHIATRY UPDTATE AND BOARD PREPARATION, 2nd edition, 2000, pp.103-113
- 34) Ebert, Loosen. CURRENT DIAGNOSIS AND TREATMENT IN PSYCHIATRY, edit Mc Graw Hill, 200, pp290-307

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA