

DEPRESIÓN EN HEMODIÁLISIS. ESTUDIO REALIZADO EN LA CLÍNICA DE DIÁLISIS INRIDI “SAN MARTÍN”, JUNIO - JULIO 2015

DEPRESSION IN HEMODIALYSIS PATIENTS. STUDY ACCOMPLISHED IN THE INRIDI DIALYSIS CLINIC “SAN MARTÍN”, FROM JUNE TO JULY 2015

DEPRESSÃO EM HEMODIÁLISE. ESTUDO REALIZADO NA CLÍNICA DIÁLISE INRIDI “SAN MARTÍN”, JUNHO - JULHO DE 2015

DOUGLAS ÁLVAREZ SAGUBAY, LUIS SERRANO FIGUEROA, JOHANA TRUJILLO MACAS

Clínica de diálisis INRIDI “San Martín”, Guayaquil, Ecuador

Resumen

El objetivo del estudio fue determinar la existencia de depresión en pacientes con hemodiálisis en la clínica de diálisis “INRIDI” San Martín, período junio a julio de 2015. Se valoraron 43 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión; como instrumentos se utilizaron: escala de Montgomery, escala de Zung y Code. De los evaluados, 25 (51.8%) pertenecían al sexo masculino; la edad media era de 55 años (rango: 42-68). Del total estudiado, 32 (74,4%) pacientes eran diabéticos y 27 (62,7%) hipertensos. El 65,1% (28 pacientes) eran afiliados al seguro social y el resto pertenecían al Ministerio de Salud Pública. El 50% presentaba índice de Bathel moderado, y 15% grave. La relación entre tiempo de diálisis y el grado de depresión resultó no significativa ($p < 0,532$); y al evaluar la relación entre el grado de depresión y el sexo, la prueba de independencia resultó significativa ($p < 0,03$), por lo cual existe relación entre el grado de depresión y el sexo. La relación entre grado de depresión, sexo y tiempo de diálisis resultó significativa ($p < 0,003$) en el sexo femenino; indicando mayor grado de depresión en el caso de las mujeres en todos los tiempos evaluados. El grado de depresión fue mayor en los pacientes sin pareja sentimental.

PALABRAS CLAVE: depresión, hemodiálisis, escala de depresión de Montgomery-Asberg, escala de Zung-Code.

Abstract

The objective of the study was to determine the existence of depression in hemodialysis patients at the “INRIDI” San Martín dialysis clinic, from June to July 2015. 43 patients who met the inclusion criteria were accepted; Montgomery-Asberg Depression Rating Scale and Self-rating Depression Scale are our measurement tools. 25 (51.8%) were male, the mean age was 55 years (range: 42-68). 32 (74.4%) patients were diabetic, and 27 (62.7%) hypertensive. 65.1% (28 patients) were affiliated with social security and the rest belonged to the Public Health Ministry. 50% had a moderate Barthel scale, and 15% severe. The relationship between dialysis time and degree depression was not significant ($p < 0.532$), the independence test was significant ($p < 0.03$) by evaluating the relationship between degree depression and sex, so there is a relationship between the degree depression and sex. The relationship between degree depression, sex, and dialysis time was significant ($p < 0.003$) in the female sex.

KEYWORDS: depression, hemodialysis, , Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, Zung-Code scale.

Resumo

O objetivo do estudo foi determinar a existência de depressão em pacientes em hemodiálise na clínica de diálise “INRIDI” San Martín, período de junho a julho de 2015. Foram avaliados 43 pacientes que atenderam aos critérios de inclusão; Os instrumentos utilizados foram: escala de Montgomery, escala de Zung e código. Dos avaliados, 25 (51,8%) eram do sexo masculino; a idade média foi de 55 anos (variação: 42-68). Do total estudado, 32 (74,4%) pacientes eram diabéticos e 27 (62,7%) hipertensos. 65,1% (28 pacientes) eram afiliados à previdência social e o restante pertencia ao Ministério da Saúde Pública. 50% apresentavam índice de Bathel moderado e 15% grave. A relação entre o tempo de diálise e o grau de depressão não foi significativa ($p < 0,532$); e, ao avaliar a relação entre o grau de depressão e o sexo, o teste de independência foi significativo ($p < 0,03$), portanto, existe uma relação entre o grau de depressão e o sexo. A relação entre grau de depressão, sexo e tempo de diálise foi significativa ($p < 0,003$) no sexo feminino; indicando um maior grau de depressão no caso das mulheres em todos os momentos avaliados. O grau de depressão foi maior nos pacientes sem um parceiro romântico.

PALAVRAS-CHAVE: depressão, hemodiálise, escala de depressão de Montgomery-Asberg, escala de Zung-Code.

INTRODUCCIÓN

La hemodiálisis (HD) es el tratamiento sustitutivo de la función renal, por medio del cual se intercambian bidireccionalmente agua y solutos, entre dos soluciones de diferente composición a través de una membrana semipermeable, permitiendo el paso de solutos de pequeño y mediano peso molecular e impidiendo el paso de grandes como la albúmina; utiliza dializadores de baja permeabilidad (celulósicos) y superficie media (1,2-1,6m²), flujos de sangre entre 200-400ml/min, flujo de líquido de diálisis a 500ml/min, todo este ciclo dura alrededor de cuatro horas y debe repetirse 3 veces por semana. Además de la hemodiálisis, el paciente renal crónico amerita un control estricto de la dieta, cuidado y limpieza del acceso vascular (catéter, fístula arteriovenosa, prótesis), control de otras patologías (hipertensión arterial, diabetes mellitus, cirrosis hepática, insuficiencia cardíaca, etc), que pudieron ser causantes de su enfermedad, seguido de una gran cantidad de fármacos de soporte que deberá tomar todos los días a horarios fijos, pues la suspensión de cualquiera de estas medidas comprometería la estabilidad de su enfermedad.

Si a esto sumamos, los largos viajes que deben emprender los pacientes desde sus hogares hasta su unidad de hemodiálisis y el gasto económico que conlleva llegar al mismo, es lógico pensar, que esta situación genere diversos grados de alteración emocional, tales como ansiedad y depresión. La intensidad de las reacciones emocionales varía de un paciente a otro, dependiendo del impacto de la enfermedad renal sobre sus condiciones de vida; también se relaciona con las habilidades del individuo para adaptarse a la condición de dependencia del programa de hemodiálisis. En diversos estudios la depresión ha sido identificada como el problema psicológico más prevalente en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) en hemodiálisis (HD). La similitud de los síntomas depresivos con aquellos producidos por la uremia y la dificultad para cuantificar la depresión; y, el hecho de tener que disociar los aspectos físicos de los psicológicos, hacen difícil la evaluación de estos síntomas.

Según el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V), se define a la depresión mayor, depresión unipolar o depresión clínica, al paciente que tiene uno o más episodios

depresivos mayores. Si el episodio es único, el diagnóstico es trastorno depresivo mayor de episodio único, mientras si ha habido más de un episodio, se diagnostica trastorno depresivo mayor recurrente. El término depresión unipolar se opone al de depresión bipolar o trastorno maníaco-depresivo, e indica que el estado de ánimo se mantiene en un solo polo emocional, sin existencia de períodos de manía. Los criterios que establecen tanto el DSM-V como el CIE-10 para el trastorno depresivo mayor (Tabla 1).

TABLA 1. TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

Criterio A:
La presencia de por lo menos cinco de los síntomas siguientes, durante al menos dos semanas:
Estado de ánimo triste, disfórico o irritable durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días
Anhedonia o disminución de la capacidad para disfrutar o mostrar interés y/o placer en las actividades habituales
Disminución o aumento del peso o del apetito
Insomnio o hipersomnio (es decir, dificultades para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo que se acostumbraba o porque se duerme más; véanse los trastornos en el sueño)
Enlentecimiento o agitación psicomotriz
Astenia (sensación de debilidad física)
Sentimientos recurrentes de inutilidad o culpa
Disminución de la capacidad intelectual
Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas
Criterio B: no deben existir signos o criterios de trastornos afectivos mixtos (síntomas maníacos y depresivos), trastornos esquizoafectivos o trastornos esquizofrénicos.
Criterio C: el cuadro repercute negativamente en la esfera social, laboral o en otras áreas vitales del paciente.
Criterio D: los síntomas no se explican por el consumo de sustancias tóxicas o medicamentos, ni tampoco por una patología orgánica.
Criterio E: no se explica por una reacción de duelo ante la pérdida de una persona importante para el paciente.
Fuente: Tomado de DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

La presencia de depresión conlleva varios problemas, entre ellos, la no adherencia al tratamiento dialítico, incumplimiento en la dieta, mala adherencia al tratamiento farmacológico, que muchas veces, podría llevar indirectamente al suicidio, pues el paciente decide "no vivir más". El pobre nivel cultural de nuestra sociedad, ha llevado a predisponer mentalmente al paciente, que la hemodiálisis es una técnica que esclaviza al paciente a una máquina y no le permite mantener condiciones de vida óptima, lo cual impacta en el bienestar biológico, psicológico y social del individuo al momento de recibir esta noticia, que en muchos de los casos, llega a la negación absoluta del individuo para aceptar el tratamiento.

Debe de entenderse que la hemodiálisis, no se trata de la aceptación de un tratamiento paliati-

vo para prolongar la vida, sino de la oportunidad para alcanzar un futuro trasplante renal, que les permitirá recuperar parcialmente la "libertad" que antes poseía; en la mayoría de los casos, las investigaciones se centran en buscar el mejor perfil del dializado o en la búsqueda de fármacos que permitan mejorar las condiciones clínicas del paciente (antihipertensivos, eritropoyetina, hierro, insulina, etc), descuidando una parte tan fundamental, como es el bienestar psicológico del individuo en diálisis.

Si bien las publicaciones internacionales relacionadas a este tema son limitadas y la mayoría son enfocadas a estudios realizados en centros de hemodiálisis particulares, en nuestra sociedad son casi inexistentes; de ahí, el objetivo de este estudio, es poder determinar la existencia de depresión en nuestra unidad de trabajo, como medida para brindar una atención integral y poder tratar esta enfermedad oportunamente, permitiendo la adaptación y adherencia del individuo al tratamiento de hemodiálisis, disminuyendo posteriormente la mortalidad asociada a su patología renal.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio transversal, de enfoque observacional, descriptivo y analítico, en 43 pacientes sometidos a hemodiálisis, de junio a julio de 2015, en la clínica "San Martín"; los **criterios de inclusión** comprendían: pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en hemodiálisis que decidieron voluntariamente someterse al estudio; los **criterios de exclusión** se enfocaron en: pacientes en hemodiálisis que no aceptaron colaborar con el estudio, pacientes con enfermedades demenciales o degenerativas cerebrales que interfirieran en la comprensión del estudio, pacientes que no se realicen 4 horas exactas de tratamiento de hemodiálisis, pacientes que cursen al momento con alguna patología aguda o descompensación renal aguda, paciente que cursen con otras patologías capaces de producir encefalopatías.

El diagnóstico se estableció en relación a los criterios para depresión mayor del DSM V, apoyado por medio de los test de diagnóstico de depresión. Para valorar la prevalencia de depresión, se empleó, previo consentimiento del paciente, las siguientes escalas para la valoración de esta patología, como son: escala de depresión de Montgomery-Asberg (MADRAS) y la escala de

depresión de Zung y Code. El método utilizado para la recolección de la información fue realizado a manera de entrevista personal, en la cual el paciente podía leer y seguirnos; cuando el entrevistador leía el documento, se aseguraba que la información fuera comprendida claramente y respondida de manera anónima.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de depresión en los pacientes sometidos a hemodiálisis en el instituto del riñón y diálisis "INRIDI" San Martín.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características epidemiológicas y factores de riesgos de la población objeto de estudio sometida a hemodiálisis.
- Determinar los factores de riesgo de la población objeto de estudio.
- Estandarizar el nivel de depresión según la escala de Montgomery (MADHS).
- Evaluar el nivel de depresión según la escala de Zung y Code.
- Realizar análisis comparativo de las escalas de valoración de depresión de MDHS y Zung Code.

VARIABLES DEL ESTUDIO

- Sexo: masculino y femenino.
- Edad: expresada en años.
- Estado civil: casado, soltero, divorciado, viudo.
- Tipo de afiliación: IESS, MIES.
- Patologías asociadas: hipertensión arterial, diabetes mellitus, otras.
- Años de inicio de diálisis: se entiende como el tiempo transcurrido desde el inicio de ésta, hasta el momento de efectuarse el test.
- Índice de Bathel: es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades (Tabla 2).

TABLA 2. ÍNDICE DE BATHEL

<20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
>60	Leve
100	Independiente

Máxima puntuación (100 puntos)(90 si está en silla de ruedas).

Escala de depresión de Montgomery (MADRS). Consta de 10 ítems que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad de la depresión. La puntuación en cada ítem oscila entre 0 y 6. La escala proporciona criterios operativos para las puntuaciones pares (0, 2, 4 y 6). Para asignar la puntuación el clínico puede utilizar información de fuentes distintas al paciente. Presenta la ventaja frente a la HDRS de no estar contaminada por ítems que evalúan ansiedad, aunque sigue manteniendo varios ítems somáticos o vegetativos que dificultan su administración en pacientes físicos. Se considera que una puntuación menor a 10 indica la ausencia del trastorno depresivo.

TABLA 3. PUNTAJE DE DEPRESIÓN ESCALA DE MONTGOMERY

0-6	No depresión
7-9	Ligera menor
20-34	Moderada
35-60	Grave

Fuente: Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica

Escala de depresión de Zung y code 32: es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. Es una escala autoaplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. El paciente cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas. El rango de calificación es de 20-80.

TABLA 4. PUNTAJÓN DE ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG Y CODE

25-49	Rango normal
50-59	Ligeramente deprimido
60-69	Moderadamente deprimido
70 o más	Severamente deprimido

Fuente: Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica.

RESULTADOS

Se evaluaron 43 pacientes IRCT-HD, de los cuales 25(51.8%) pertenecían al sexo masculino; la edad media del total era de 55 años (rango: 42-68). Del total estudiado 32(74,4%) pacientes eran diabéticos y 27(62,7%) hipertensos. El 65,1% (28 pacientes) eran pacientes afiliados al seguro social y el resto pertenecían al Ministerio de Salud Pública. El 50% presentaba índice de Bathel moderado, 30% independiente, 15%

grave y 5% leve. En todos los casos la duración de la diálisis fue de 4 horas exactas y el 100% estaban más de 1 año en hemodiálisis.

De los 43 pacientes valorados según la escala de depresión de Montgomery (MADRS), 17 pacientes (39,5%) presentaron rasgos normales, 18 pacientes (41,8%) depresión leve; 8 pacientes (18,6%) depresión moderada y ninguno presentó depresión grave, (gráfico 1).

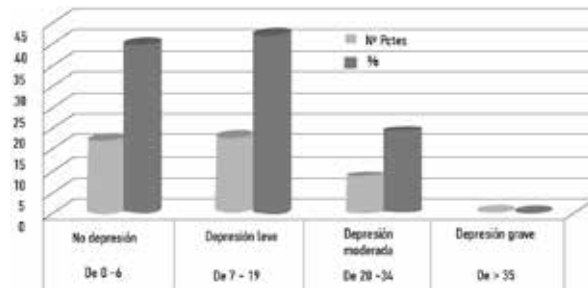


Figura 1. Distribución por frecuencia y porcentaje de pacientes renales crónicos valorados según Escala de Montgomery (MADRS).

Fuente: Clínica de hemodiálisis INRIDI San Martín

Según la escala de depresión de Zung y Code, 9(20,9%) pacientes presentaron ausencia de trastorno depresivo; 20(46,5%) depresión subclínica; 10(23,2%) depresión moderada-severa; y 4(9,3%) depresión grave, (gráfico 2)

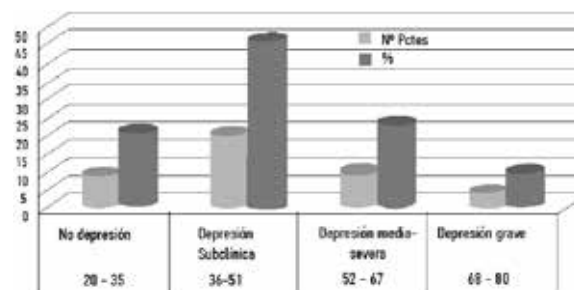


Figura 2. Distribución por frecuencia y porcentaje de pacientes renales crónicos valorados según la Escala de Depresión de Zung y Code.

Fuente: Clínica de hemodiálisis INRIDI San Martín.

Para ambas escalas los puntajes más altos correspondieron a los pacientes con diagnóstico de depresión ligera, según se muestra en la tabla 5. Algunos pacientes presentaron diagnóstico de depresión grave en la escala de Zung y Code (9,3%) , pero que no fueron detectados por la escala de MRDS. En ambos instrumentos se observó que los pacientes tendían a distribuirse en los mismos rangos de severidad, tendencia que fue significativa (chi-cuadrado= 32,69; p<0,05), encontrándose asociación entre los puntajes asignados en las 2 escalas (coeficiente de contingencia = 0,603).

TABLA 5. ANÁLISIS COMPARATIVO DE ESCALAS DE MADHS Y ZUNG CODE PARA DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ERECT EN HEMODIÁLISIS

NIVEL DE DEPRESIÓN	MADHS		ZUNG Y CODE		X ²
	N	%	N	%	
RANGO NORMAL	17	39,5	9	20,9	P<0,04
DEPRESIÓN LIGERA	18	41,8	20	46,5	P<0,003
DEPRESIÓN MODERADA	8	18,6	10	23,2	P<0,05
DEPRESIÓN GRAVE	0	0	4	9,3	P<0,05
TOTAL	43		43		

Fuente: tomado del área de estadística de INRIDI San Martín

Para valorar el resto de las variables y su relación con la depresión se escogió la escala de depresión de Zung y Code como punto de referencia. La prueba de independencia realizada para evaluar la relación entre el tiempo en diálisis (meses) y grado de depresión, resultó no significativa (p<0,532), por lo que no existió relación entre ambas variables. (Gráfico 3)

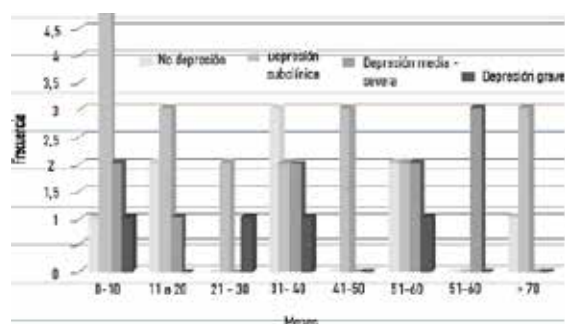


Figura 3. Relación entre tiempo de diálisis y grado de depresión según Distribución de Escala de Depresión de Zung y Code.

Fuente: Clínica de hemodiálisis INRIDI San Martín

Para evaluar la relación entre el tiempo de diálisis (meses), sexo y grado de depresión, se utilizó la prueba de independencia mediante el estadístico χ^2 (= 0,03). Previo al análisis de independencia, se establecieron 8 rangos (0-10, 11-20, 21-30, 31-40, 41-50, 51-60, 61-70 y más de 70 meses) para la variable tiempo de diálisis (meses).

Se evaluó la relación entre el grado de depresión y el sexo, la prueba de independencia resultó significativa (P<0,03) en las mujeres; por lo que se estableció relación entre el grado de depresión y el sexo. Al evaluar la relación entre el grado de depresión (según escala de Zung y Code), el sexo y tiempo de diálisis, la prueba de independencia resultó significativa (p<0,003) en el sexo femenino; indicando mayor grado de depresión en el caso de las mujeres en todos los tiempos evaluados. Tabla 6.

TABLA 6. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES RENALES CRÓNICOS SEGÚN SEXO SOMETIDOS A LA ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG Y CODE

MESES	NO DEPRESIÓN		DEPRESIÓN SUBCLÍNICA		DEPRESIÓN MEDIA-SEVERA		DEPRESIÓN GRAVE		TOTAL
	H	M	H	M	H	M	H	M	
	0-10	1	0	2	3	0	2	0	
11-20	1	1	1	2	1	0	0	0	6
21-30	0	0	1	1	0	0	0	1	3
31-40	1	2	1	1	1	1	1	0	8
41-50	0	0	1	2	0	0	0	0	3
51-60	2	0	2	0	0	2	0	1	7
61-70	0	0	0	0	1	2	0	0	3
>70	0	1	2	1	0	0	0	0	4
TOTAL	5	4	10	10	3	7	1	3	43

Fuente: Clínica de hemodiálisis INRIDI San Martín.

Cuando se comparó el grado de depresión según el estado civil, la prueba de independencia resultó significativa (p<0,03); en el caso de los viudos y divorciados, lo que indica que aquellas personas sin pareja sentimental, son más propensas a presentar cuadros depresivos. Tabla 7

TABLA 7. CORRELACIÓN ENTRE NIVELES DE DEPRESIÓN SEGÚN ESCALA DE ZUNG Y CODE Y EL ESTADO CIVIL

NIVELES	SOLTERO	%	CASADO	%	VIUDO	%	DIVORCIADO	%	TOTAL
No depresión	2	4,6	2	4,6	2	4,6	3	6,9	9 (20,7%)
Depresión subclínica	6	13,9	5	11,6	5	11,6	4	9,3	20 (46,4%)
Depresión severa-media	2	4,6	2	4,6	4	9,3	2	4,6	10 (23,1%)
Depresión grave	0	0	1	2,3	1	2,3	2	4,6	4 (9,2%)
Total	10	23,1	10	23,1	12	27,8	11	25,4	43(99,4%)

Fuente: Clínica de hemodiálisis INRIDI San Martín.

DISCUSIÓN

El afrontamiento y aceptación a la enfermedad renal crónica puede ser incapacitante y generar depresión en los pacientes, por lo que se necesita fuerza de voluntad, ayuda especializada y apoyo familiar para enfrentar el problema^{1,10}. La variabilidad de los resultados obtenidos en estudios previos, es probablemente debida a los diversos instrumentos empleados para hacer los diagnósticos. En el centro de diálisis que se realizó el presente estudio, la prevalencia de depresión está presente en un porcentaje medianamente elevado. El 46,5% presentaba depresión subclínica o ligera, y el 9,3% depresión grave,^{20,22,27} según test de Zung y Code. En relación a lo analizado, el estudio demostró una gran asociación entre el sexo y el grado de depresión sobre el tiempo de diálisis,

en general; se deduce que la alta prevalencia de depresión grave no solo tiene que ver con el tiempo de diálisis sino una mayor predisposición en el sexo femenino.

En el trabajo de Muñoz S.³, se demuestra como el estado depresivo cambia de intensidad con el tiempo, pero mantiene su influencia en la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis, tal vez el tratamiento en sí (las sesiones de hemodiálisis); tenga un peso menor que el propio estado depresivo del sujeto, para justificar el deterioro de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis respecto de la población general, por lo que las conclusiones de este estudio se contraponen a los resultados obtenidos en este trabajo; no así el estudio de E. Ducasse^{6,11} en el cual la relación entre el grado de depresión y el sexo, la prueba de independencia resultó significativa ($p = 0,0402$) por lo cual existió relación entre el grado de depresión y el sexo.

En relación al tiempo de exposición al tratamiento con hemodiálisis, en este estudio existe significancia estadística, lo que refleja presencia de depresión en diferentes grados, conforme se prolonga el tiempo del mismo, sobre todo la prevalencia de depresión subclínica cuando se pasa los 30 meses de tratamiento. Iguales resultados fueron reportados por Marín, et al.³³, indica que esto suele ocurrir porque después de un tiempo considerable en tratamiento, comienza la reducción de las actividades, se suspende la vida laboral, se reduce el círculo social, se pierde el poder adquisitivo y aparece un cambio en el tiempo libre.

Cuando se valora el impacto que tiene la familia al compartir el dolor con la pareja sentimental, se llega a la conclusión que el apoyo social es muy importante al momento de afrontar esta enfermedad; esto concuerda con los estudios presentados por Churchill y cols^{15,31} quienes determinan que el apoyo de la familia es vital en la evolución y aceptación de los pacientes al programa de hemodiálisis.

Moreno et al.². (2006) afirman que llevar más tiempo en tratamiento de diálisis no se relaciona con la depresión. Estos resultados concuerdan con los del presente estudio, en el cual el grado de depresión y la cantidad de meses en hemodiálisis, se correlacionaron negativamente, es decir, en los enfermos re-

nales crónicos hemodializados prevalecieron los estados depresivos durante los primeros meses de HD, tal como lo afirmaron en el estudio de Kutner⁷. De estos resultados, se puede interpretar que al transcurrir el tiempo en HD, los pacientes manifiestan una disminución en la intensidad y frecuencia de la depresión, por un proceso de adaptación a la misma y a la IRC^{28,30}.

En el estudio de Barrett⁹, se correlacionó la prevalencia de síntomas somáticos (cansancio, alteraciones del sueño, calambres, prurito, cefalea, náuseas, disnea, dolor en las articulaciones) con alteraciones psicológicas; los resultados mostraron que la gravedad de cada uno de los síntomas estaba significativamente relacionada con las alteraciones en el afecto y calidad de vida; se observó también que las terapias dirigidas a mejorar los trastornos en el afecto, disminuían los síntomas. En este estudio, las únicas variables asociadas a la depresión fueron el sexo femenino y la presencia de alteraciones emocionales (ansiedad y depresión) clínicamente significativas, aunque no enfocó la intensidad de la depresión asociada al sexo femenino, a pesar de ser un hecho demostrado de que las mujeres tienen peores niveles de salud percibida (calidad de vida relacionada con la salud), tanto en la población general como en los pacientes en diálisis^{10,11,23}, independientemente de cuál sea el instrumento de medida usado^{21,24,29}.

Según los estudios de Scott¹², et al, señalan que la depresión está prevalente en los pacientes con IRCT-HD, siendo el MADRS y el de Zung y Code los mejores tests para el abordaje de estos pacientes, haciendo uso de los criterios del DSM-IV como gold standard para el diagnóstico de la depresión; a su vez Khaled^{13,18}, indica que la carga de síntomas, la prevalencia de la depresión y la baja calidad de vida son comparables en los pacientes con enfermedad renal terminal y la enfermedad renal crónica avanzada. A pesar, de que este estudio fue realizado con la escala de depresión de Zung y Code y no con la de BDI según el estudio de Khaled, se considera que cualquier escala puede ser utilizada como medida de pesquizaje de cuadros depresivos, en pacientes renales crónicos que se realizan hemodiálisis. Los hallazgos de este estudio subrayan las disminuciones sustanciales en la física y el bienestar psicológico de los pacientes con ERC.

Cukor¹⁴, et al, indican en sus resultados, que la prevalencia de ansiedad tanto concurrente y aislada en pacientes con enfermedad renal terminal, puede ser mayor de lo esperado, y los trastornos pueden tratarse de forma independiente. Además, los datos sugieren que las técnicas cognitivo-conductuales terapéuticas, puede ser especialmente ventajosas en esta población de pacientes que son tratados con muchos medicamentos. Aunque este estudio no se enfocó en medir el beneficio de las terapias psicológicas-conductuales, se pudo constatar que cuando se comparó el estado civil con el grado de depresión, se apreció que aquellos que viven sin pareja, son más propensos a ser depresivos; y quizás empleando estrategias que eviten que el paciente se sienta solo, probablemente ayuden a mejorar su cuadro clínico.^{25,26.}

Las características de la IRCT y del tratamiento con HD, la incertidumbre del futuro, la dependencia del procedimiento, la eficiencia del personal sanitario, las limitaciones en la dieta, los cambios en las relaciones sociales y familiares, en el aspecto físico y en la situación laboral, entre otras, son razones que justifican que los pacientes en HD presenten con frecuencia trastornos emocionales. La frecuencia y severidad de dichos trastornos en estos pacientes varía de una a otra publicación, presumiblemente por diferencias en la época del estudio, en la naturaleza de la población analizada y en el tipo de instrumentos diagnósticos empleados^{15,16,17,19}

CONCLUSIÓN

En relación al presente estudio, la depresión en hemodiálisis es el trastorno psicológico más frecuente, afectando las esferas física, mental y social, siendo las mujeres y los jóvenes los grupos más susceptibles, así como, las personas que están solas. El importante impacto de la depresión, así como su posible influencia sobre la supervivencia, hace inminente su abordaje diagnóstico y terapéutico. Un buen apoyo médico y paramédico, el empleo de test de diagnóstico, la consulta con psicólogos o psiquiatras expertos en este tipo de pacientes, puede contribuir de manera significativa a soportar y aceptar la enfermedad, así como a prolongar su supervivencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. M. Hesse, B; Marin, M. La enfermedad renal: Sus repercusiones en la vida del paciente. *Psiquiatría Pública*. Vol 10. N° 5. 1998.
2. Moreno Nuñez E, Arenas Jiménez MD, Porta Relimar E y cols. Estudio de la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes en hemodiálisis. *Hospital Universitario de Alicante*. Vol 10. N° 5. 2006.
3. Muñoz Sancho R, Oto Royo A, Barrio Alonso R, Fernández M. Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza, Vol. 9 N°1, 2006.
4. Sanz J, Vázquez C: Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema* 10 (2): 303-318, 1998.
5. Sacks CR, Peterson RA, Kimmel PL: Perception of illness and depression in chronic renal disease. *Am J Kidney Dis* 15: 31- 39, 1990.
6. E. Ducasse, et al. Depresión en pacientes con terapia de reemplazo renal en un centro de hemodiálisis. *Centro de Enfermedades Renales*. Resistencia, Chaco. Vol 6; N°1; pag 33-36. 2008
7. Kutner NG, Lin LS, Fielding B, Brogan D, Hall WD: Continued survival of older hemodialysis patients: investigation of psychosocial predictors. *Am J Kidney Dis* 24: 42-49, 1994.
8. 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 Psychiatr Med* 21: 343-354, 1991.
9. Barrett BJ, Vasavour HM, Major A, Parfrey PS: Clinical and psychological correlates of somatic symptoms in patients on dialysis. *Nephron* 55: 10-15, 1990.
10. Jofré J: Factores que afectan a la calidad de vida en pacientes en prediálisis, diálisis y trasplante renal. *Nefrología* 19 (Supl. 1): 84-90, 1998.
11. Kimmel, PL. Psychosocial issues in women with renal disease. *Adv Ren Replace Ther*. Vol10, N°1: pag 61-70, 2003
12. Scott, et al. Screening, Diagnosis, and Treatment of Depression in Patients with End-Stage Renal Disease. *Clinical Journal of the American society of nephrology (CJASN)* Vol 2: N°6, pag 1332-1342, 2007
13. Khaled Abdel-Kader, et al. Symptom Burden, depression, and Quality of Life in Chronic and End-Stage Kidney Disease *CJASN* June 2009 4): (6) 1057-1064
14. D. Cukor, et al. la depresión en los pacientes urbanos con hemodiálisis. *Clinical Journal of the American society of nephrology (CJASN)*. 2. 484-490. 2007
15. Churchill DN: Psychosocial adaptation of dialysis patients. *Clinical Dialysis*. 3ª Edición. EE.UU.: Appleton & Lange, 1995

16. García-Campayo JJ, Sanz-Carrillo C, Ruiz Laiglesia JE, Gamen A, Álvarez Lipe R, Cebollada J: Problemática psicológica en el paciente renal. *Nefrología* XII (6): 465-470, 1992.
17. Magaz A, Lávari R, Mentxaca M: Problemas psicológicos y sociales de los pacientes en hemodiálisis. En: *Tratado de Hemodiálisis*. Barcelona: Editorial Médica JIMSS.L., 1999
18. Finkelstein FO, Finkelstein SH: Depression in chronic dialysis patients: assesment and treatment. *Nephrol Dial Transplant* 15: 1911-1913, 2000.
19. Álvarez, F., Fernández, M., Vázquez, A. M. J., Mon, C., Sánchez, R. & Rebollo, P. (2001). Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas. *Nefrología*, 21(2), 191-199
20. Atencio, B. J., Nucette, E., Colina, J., Sumalave, S., Gómez, F. & Hinestroza, D. (2004). Evaluación de la depresión y ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología*, 50(103), 35-41
21. Kurella, M., Kimmel, P. L., Young, B. S. & Chertow, G. M. (2005). Suicide in the United States end-stage renal disease program. *American Society of Nephrology*, 16(3), 774-781.
22. Kimmel P, et al. Psychosocial Factors in Dialysis Patients. *Kidney International*. 2001; 59: 1599-1613
23. Miller Ge, et al. Pathways linking major depression and immunity in ambulatory female patients. *Psychosom Med* 61: 850-860, 1999
24. Covinsky ke, et al. Depressive Symptoms and 3-Year Mortality in Older Hospitalized Medical Patients. *Annals of Int Med* 130, 7:563-569, 1999.
25. Tsai YC, Chiu YW, Hung CC, Hwang SJ, Tsai JC, Wang SL, Lin MY, Chen HC. Association of Symptoms of Depression With Progression of CKD. *Am J Kidney Dis*. 2012 Apr 9.]PubMed PMID: 22495469
26. Celik C, Annagur BB, Yilmaz M, Demir T, Kara F. Are sleep and life quality of family caregivers affected as much as those of hemodialysis patients?. *Gen Hosp Psychiatry*. 2012 Mar 6. PMID: 22401704
27. Rebollo P, Ortega F, Baltar JM, Díaz-Corte C, Navascués RA, Naves M, Ureña A, Badía X, Álvarez-Ude F, Álvarez-Grande J: Health related quality of life (HRQOL) in end stage renal disease (ESRD) patients over 65 years. *Geriatric Urology and Nephrology* 8 (2): 85-94, 1998.
28. Sanz J, Vázquez C: Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema* 10 (2): 303-318, 1998.
29. Shidler NR, Peterson RA, Kimmel PL: Quality of life and psychosocial relationships in patients with chronic renal insufficiency. *Am J Kidney Dis* 32 (4): 557-566, 1998.
30. Leggat J.; Arbor A. Incumplimiento en la hemodiálisis: Factores predictivos y sobrevida. *SIIC- American Journal of Kidney Diseases*; 32(1): 139-145, 1998.
31. Depression; management of depression in primary and secondary care- NICE guidance. 2014
32. Zung, WW. A self rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 12, 63,70. 1965.
33. Marin M; et al: La enfermedad renal: sus repercusiones en la vida del paciente. *Universidad Nacional de Educación a Distancia, Psiquiatría Pública*. Vol. 10. Nº 5, 1998.