

# DEPRESIÓN EN HEMODIÁLISIS

## ESTUDIO REALIZADO EN LA CLÍNICA DE DIÁLISIS INRIDI "SAN MARTÍN"

Douglas J. Álvarez Sagubay<sup>1,a</sup> Luis Serrano Figueroa<sup>1,b</sup> Johana Trujillo Macas<sup>1,c</sup>  
Marcelo Carpio Acosta<sup>1,d</sup> María Luisa Narváez<sup>1,d</sup>

### RESUMEN

El objeto del estudio fue determinar la existencia de depresión en pacientes con hemodiálisis en la clínica de diálisis "INRIDI" San Martín. Se valoraron 43 pacientes que cumplieron todos los criterios de inclusión, como instrumentos se utilizaron: el inventario de Depresión de Beck, escala de Montgomery, escala de Hamilton, 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 pacientes afiliados al seguro social y el resto pertenecían al ministerio de salud. 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 Hamilton, escala de depresión de Montgomery-Asberg, inventario de depresión de Beck, escala de Zung-Code.

### SUMMARY

The object of the study was to determine the existence of depression in patients with hemodialysis in the clinic of dialysis "INRIDI" San Martín. 43 patients valued themselves who fulfilled all the criteria of inclusion, as instruments were used: the inventory of Depression of Beck, scale of Montgomery, scale of Hamilton, scale of Zung and Code. Of the evaluated ones, 25 (51.8%) belonged to masculine sex; the average age was of 55 years (rank: 42-68). Of the studied total 32 (74.4%) patient ones were diabetic and 27 (62.7%) hypertensive ones. 65.1% (28 patients) were patient affiliates to the social insurance and the rest belonged to the health ministry. 50% presented/displayed index of moderate Bathel, and 15% burden. The relation between time of dialysis and the degree of depression, turned out to be not significant ( $p = 0.532$ ), and on having evaluated the relation between the degree of depression and the sex were significant ( $p < 0,03$ ) thus relation between the degree of depression and sex exists. The relation between degree of depression, sex and time of dialysis I am significant ( $P < 0,003$ ), in feminine sex; indicating greater degree of depression in the case of the women in all the evaluated times. The depression degree was greater in the patients without sentimental pair.

Keywords:

depression, haemodialysis, Hamilton Depression Rating Scale, Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, Beck Depression Inventory, Zung-Code scale.

1 LA CLINICA DE DIALISIS INRIDI "SAN MARTIN"  
a Médico Internista  
b Médico Nefrólogo  
c Médico Dermatólogo  
d Médico General

Correspondencia

Dr. Douglas J. Álvarez Sagubay  
Clínica de diálisis INRIDI "San Martín"  
Email: galeno1980@hotmail.com  
Guayaquil - Ecuador

Recibido el 22 de Octubre del 2013  
Aceptado el 19 de Noviembre del 2014

### 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 (1,2-1,6m<sup>2</sup>), 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, fistula 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 IRCT en 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 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 maniaco-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
<p><b>Criterio A:</b> 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) Entrecimiento 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</p> <p><b>Criterio B:</b> No deben existir signos o criterios de trastornos afectivos mixtos (síntomas maniacos y depresivos), trastornos esquizoafectivos o trastornos esquizofrénicos.</p> <p><b>Criterio C:</b> El cuadro repercute negativamente en la esfera social, laboral o en otras áreas vitales del paciente.</p> <p><b>Criterio D:</b> Los síntomas no se explican por el consumo de sustancias tóxicas o medicamentos, ni tampoco por una patología orgánica.</p> <p><b>Criterio E:</b> No se explica por una reacción de duelo ante la pérdida de una persona importante para el paciente.</p> <p>Fuente: Tomado de DSM V ( Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)</p>

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 bio-psico-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 paliativo para prolongar la vida, sino de la oportunidad para alcanzar un futuro trasplante renal, que les permitirá recuperar parcialmente la "libertad" que antes poseían, en la mayoría de los casos, las investigaciones se centran en buscar el mejor perfil de 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, en nuestra sociedad son casi inexistentes, de ahí, el objetivo de este estudio, en de 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, 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 hemodialítico, pacientes que cursen al momento con alguna patología aguda; 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, empleamos, previo consentimiento del paciente, las siguientes escalas para la valoración de esta patología, como son: el inventario de depresión de Beck; Escala de depresión de Hamilton (HDRS); Escala de depresión de Montgomery-Asberg (MADRS) 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, asegurándonos que la información fuera comprendida claramente y respondida de manera anónima.

### Objetivo general

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

### Objetivos específicos

1. Describir las características epidemiológicas y

2. Determinar los factores de riesgos de la población objeto de estudio sometida a hemodiálisis
3. Clasificar el nivel de depresión según el inventario de Beck (BDI)
4. Estandarizar el nivel de depresión según la escala de Montgomery (MADRS)
5. Identificar el nivel de depresión según la escala de Hamilton (HDRS)
6. Evaluar el nivel de depresión según la escala de Zung y Code

### Criterios de exclusión

- Pacientes en programa de hemodiálisis que no acepten 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 hemodialítico.
- Pacientes que cursen al momento con alguna patología aguda

### Variables del estudio

- Sexo: masculino y femenino
- Edad: expresada en años
- Estado civil: Casado, soltero, divorciado, viudo
- 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.
- Tipo de diálisis: hemodiálisis.
- 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. INDICE DE BATHEL	
<20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
>60	Leve
100	Independiente
Maxima puntuación (100 puntos)(90 si esta en silla de ruedas)	
Fuente: Inridi SAN MARTIN	

- Escala de depresión de Hamilton (HDRS): Pro-

porciona una puntuación global de gravedad del cuadro depresivo y una puntuación en 3 factores o índices: melancolía, ansiedad y sueño, consta de 17 ítems que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo. A esta escala se le critica el hecho de que está contaminada de forma importante por síntomas de ansiedad (ítems 9-11) y por síntomas somáticos, lo que dificulta su administración en enfermos físicos. Es la escala más utilizada en la actualidad, aunque numerosos autores proponen como alternativa la escala de Montgomery-Asberg. El criterio de inclusión más utilizado en los ensayos clínicos es una puntuación >18.

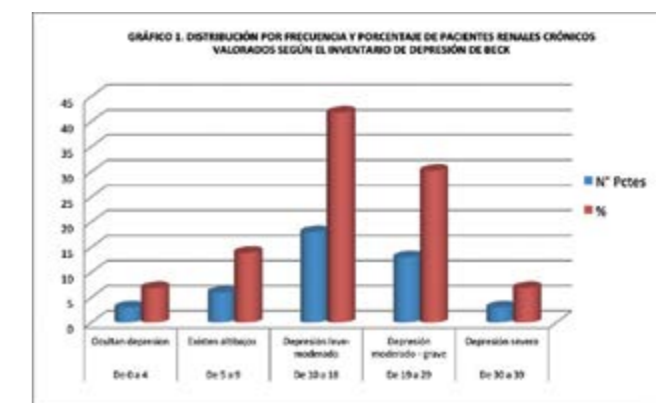
- Escala de depresión de Montgomery (MADRS). Consta de 10 ítems que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad de la depresión. La puntuación en cada ítem oscila entre 0 y 6. La escala proporciona criterios operativos para las puntuaciones pares (0, 2, 4 y 6). Para asignar la puntuación el clínico 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.
- Escala de depresión del inventario de Beck (BDI). Consta de 21 ítems, en cada uno de los cuales existen cuatro posibles respuestas ordenadas, según su gravedad, de 0 a 3. La puntuación total máxima es 63. Una puntuación >16 indica depresión moderada/severa. Con el fin de descartar la posible confusión diagnóstica resultante de la inclusión en el BDI de cinco síntomas somáticos que pueden deberse a enfermedad física y/o a efecto del tratamiento (trastornos del sueño, cansancio, pérdida de apetito, pérdida de peso y disminución de la libido), se seleccionaron los quince ítems cognitivos con los que se elaboró un Cognitive Depression Index (CDI), de acuerdo con lo propuesto por Sacks y cols.<sup>5,9</sup>.
- Escala de depresión de Zung y code. 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.

### RESULTADOS

Se evaluaron 43 pacientes IRCT-HD, de los cuales

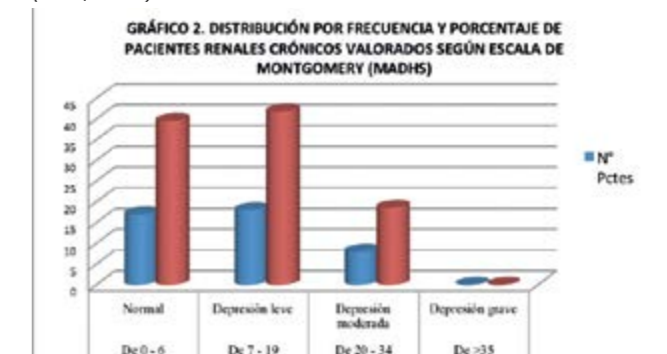
25(51.8%) pertenecían al sexo masculino; la edad media del total era de 55 años (rango: 42-68). Del total estudiado 32(74,4%) pacientes eran diabéticos y 27(62,7%) hipertensos. El 65,1% (28 pacientes) eran pacientes afiliados al seguro social y el resto pertenecía al ministerio de salud. El 50% presentaba índice de Bathel moderado, 30% independiente, 15% grave y 5% leve. En todos los casos las horas de diálisis fueron 4 horas exactas.

Cuando se valoraron los 43 pacientes renales crónicos con el inventario de depresión de Beck, la depresión estuvo oculta en 3 pacientes (6,9%); mostraron altibajos que se consideraron normales en 6 pacientes (13,9%); depresión leve-moderada en 18 (41,8%); depresión moderada-grave en 13 pacientes (30,2%) y depresión severa en 3 pacientes (6,9%). (gráfico 1)



Fuente: Clínica de hemodiálisis INRIDI San Martín

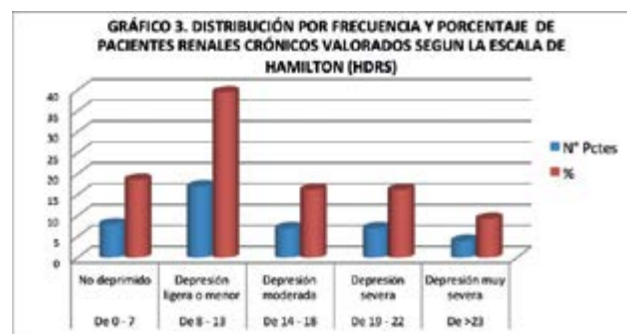
De los 43 pacientes valorados según la escala de depresión de Montgomery (MADRS), 17 pacientes (39,5%) presentaron rasgos normales, 18 pacientes (41,8%) depresión leve; 8 pacientes (18,6%) depresión moderada y ninguno presento depresión grave. (Gráfico 2)



Fuente: Clínica de hemodiálisis INRIDI San Martín

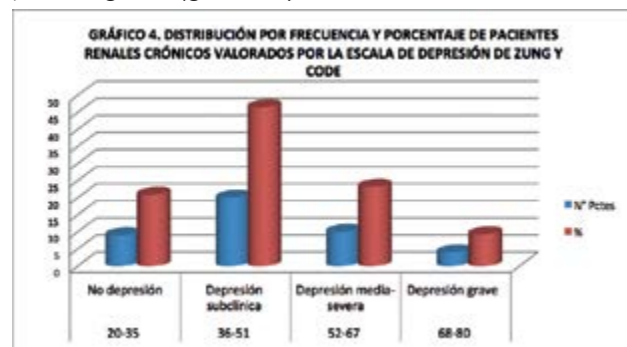
De los 43 pacientes valorados según la escala de depresión de Hamilton (HDRS), 8 (18,6%) pacientes no presentaron trastornos depresivos, 17 (39,5%) tuvieron depresión ligera o menor; 7 (16,2%) depresión

moderada; 7 (16,2%) depresión severa y 4 (9,3%) depresión muy severa. (Gráfico 3)



Fuente: Clínica de hemodialisis 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 4)



Fuente: Clínica de hemodialisis INRIDI San Martín

Tabla 3. 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	1	9
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

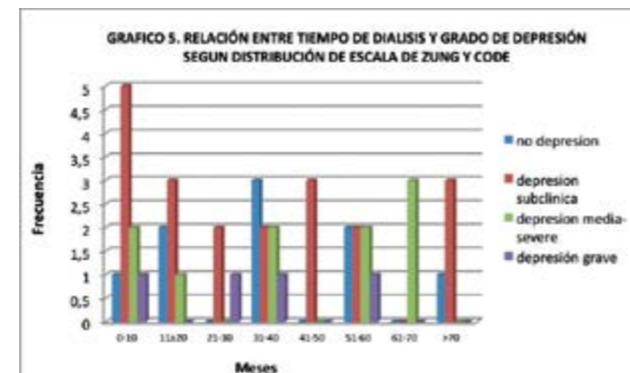
Fuente: Clínica de hemodialisis INRIDI San Martín

Tabla 4. Correlación entre niveles de depresión según escala de zung-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 hemodialisis INRIDI San Martín

Para valorar el resto de las variables y su relación con la depresión escogimos la escala de depresión de Zung y Code como punto de referencia. La prueba de independencia realizada para evaluar la relación entre el tiempo de diálisis (meses) y grado de depresión, resulto no significativa ( $p < 0,532$ ), por lo que no existió relación entre ambas variables. (gráfico 5)



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  $\chi^2$  ( $= 0,03$ ). 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 resulto 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 3.

Cuando se comparó el grado de depresión según el estado civil, la prueba de independencia resulto significativa ( $p < 0,02\%$ ) en el caso de los viudos y divorciados, lo que indica que aquellas personas sin pareja sentimental, son más propensos a presentar cuadros depresivos. Tabla 4

## DISCUSIÓN

El ajuste a una enfermedad que puede ser mortal o potencialmente incapacitante requiere un considerable esfuerzo de afrontamiento<sup>1</sup>. La variabilidad de los resultados

obtenidos en estudios previos, es probablemente debida, a los diversos instrumentos empleados para hacer los diagnósticos.

En nuestro centro de diálisis, la prevalencia de depresión está presente en un porcentaje medianamente elevado. El 30% presentaba depresión de algún grado, de los cuales el 8,5% era grave<sup>20,22,27</sup>.

En relación a lo analizado, nuestro estudio demostró una gran asociación entre el sexo y el grado de depresión sobre el tiempo de diálisis, en general, nos hacen pensar que la alta prevalencia de depresión grave no solo tiene que ver con el tiempo de diálisis si no también con el sexo femenino.

En el trabajo de Muñoz S.<sup>3</sup>, se demuestra cómo el estado depresivo cambia en 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 concluido este estudio se contraponen a nuestros resultados, no así, el estudio de E. Ducasse<sup>6</sup> 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.

Moreno et al.<sup>2</sup> (2006) afirman que llevar más tiempo en tratamiento de diálisis no se relaciona con la depresión. Estos resultados difieren con los del presente estudio, en el cual el grado de depresión y la cantidad de meses en hemodiálisis correlacionaron negativamente, es decir, en los enfermos renales crónicos hemodializados prevalecieron los estados depresivos durante los primeros meses de HD, tal como lo afirmaron Kutner<sup>7</sup>. De estos resultados, interpretamos 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 HD y a la IRC<sup>28,30</sup>.

En el estudio de Barrett<sup>9</sup>, 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 nuestro estudio, las únicas variable asociada a la

depresión fue el sexo femenino y la presencia de alteraciones emocionales (ansiedad y depresión) clínicamente significativas, aunque nuestro estudio 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<sup>10,11,23</sup>, independientemente de cuál sea el instrumento de medida usado<sup>21,29</sup>.

Nuestros estudios concuerdan con los de Scott<sup>12</sup>, et al; en el cual la depresión esta prevalente en los pacientes con ERCT-HD, siendo el BDI el mejor test 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<sup>13</sup>, 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. Los hallazgos de este estudio subrayan las disminuciones sustanciales en la física y el bienestar psicológico de los pacientes con ERC.

Cukor<sup>14</sup>, et al, indica 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 que pueden tratarse de forma independiente. Además, los datos sugieren que las técnicas cognitivo-conductuales terapéuticas puede ser especialmente ventajoso en esta población de pacientes que son tratados con muchos medicamentos.

Aunque nuestro estudio no se enfocó en medir el beneficio de las terapias psicológicas-conductuales, si pudimos constatar cuando se comparó el estado civil con el grado de depresión, que aquellos que viven sin parejas son más propensos a ser depresivo y quizás empleando estrategias a evitar que este se sienta solo, ayuden a mejorar su cuadro clínico.<sup>25,26</sup>

Las características de la IRCT y del tratamiento con HD, la incertidumbre del futuro, la dependencia de «máquinas» y 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<sup>15,16,17,19</sup>

**CONCLUSIÓN**

En relación a nuestro 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 y 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.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. M. Hesse, B; Marin, M. La enfermedad renal: Sus repercusiones en la vida del paciente. *Psiquiatría Pública*. Vol 10. Núm. 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.
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*. Vol 10, 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 JIMS S.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. *Psycosom 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 G, Annagur BB, Yılmaz 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 insuficiencia. *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* 1998 jul; 32(1): 139-145.