



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
DE LA UNIDAD RENAL DEL AUSTRO
2009”

Tesis previa a la obtención del título de
especialista en Medicina Interna

Autor: Dr. Edgar León Astudillo.

Director: Dr José Vázquez Morales.

Asesor: Dr Jaime Vintimilla Maldonado.

Cuenca – Ecuador

2010



Resumen

Objetivo

Determinar la prevalencia y factores relacionados a depresión en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, que acudieron a realizarse hemodiálisis en la Unidad Renal del Austro, durante el 2009.

Material y métodos

Se realizó un estudio transversal, en un universo de 134 pacientes, para determinar la prevalencia de depresión y sus grados, mediante la aplicación del test de Beck. Los datos se obtuvieron por entrevista directa y se analizaron con el software Excel y SPSS.

Resultados

La prevalencia de depresión fue del 45.5%; en el sexo masculino, el 27.8%; en las mujeres, el 57.5%; en los menores de 45 años, el 30.0%; entre los 45 y 65, el 50.8% y, en los mayores a 64, el 54.8%. La relación de depresión con el tiempo menor a uno y cinco años de permanencia en el tratamiento de hemodiálisis proporcionó una RP de 1.0 (con los dos factores de riesgo) (IC 95% 0.7-1.5 y 0.6-1.6) $p=0.952$ y 0.932 respectivamente; con la falta de apoyo familiar, RP 0.9 (IC 95% 0.5 – 1.5) $p=0.591$ y con la Diabetes Mellitus tipo 2, RP de 1.9 (IC 95% 1.3-2.8) y $p=0.000$.

Conclusión

La prevalencia de depresión fue del 45.5%. Se relacionó positivamente con el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 y no hubo relación positiva ni negativa con el tiempo de permanencia en tratamiento de hemodiálisis ni con la falta de apoyo familiar.

Palabras clave

Depresión, tiempo de tratamiento en hemodiálisis, falta de apoyo familiar, Diabetes Mellitus tipo 2.



Abstract

Objective

To IDENTIFY the prevalence and risk factors associated with depression in End Stage Renal Disease patients, that usually receive Hemodialysis in the Unidad Renal del Austro, during 2009.

Methodology

A transversal study was made with a universe of 134 patients to determine depression prevalence and its level applying the Beck Depression Test.. The data were obtained by direct interview. The results were analyzed with the software SPSS and Microsoft Excel.

Results

The depression prevalence was 45.5%: in males 27.8%, in females 57.5%; In people younger than 45 years old 30,0%, between 45 and 64 years old it was 50,8% and older than 64 was 54,8%. The relation between depression and the duration of treatment less than 1 and five years gave an RP of 1.0 (in both cases) (IC 95% 0.7-1.5 y 0.6-1.6), $p= 0.952$ and 0.932 respectively. With lack of familiar support , RP of 1.9 (IC 95% 1.5-1.5), $p= 0.591$ and with type 2 diabetes, RP of 1.9 (IC 95% 1.3-2.8) y $p=0.000$.

Conclusions

The depression prevalence was 45.5%. There was positive association with the diagnose of type 2 diabetes and there was no any association between depression and the studied variables as hemodialysis duration of treatment, neither the lack of family support.

Key words

Depression, time of treatment in hemodialysis, lack of familiar support, type 2 diabetes.



Los conceptos vertidos en esta investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.



Agradecimiento

Mi profundo agradecimiento a los doctores César Toral

y Víctor Vintimilla, Director y Psicólogo

de la Unidad Renal del Austro respectivamente.

Al Director del Posgrado, Dr. Bolívar Delgado V.

Al Coordinador Dr. Jaime Vintimilla M.

A mi director de Tesis, Dr. José Vázquez M.

por su colaboración y apoyo decididos.



Dedicatoria

A mi esposa y a mis padres, que me apoyan
e impulsan a enfrentar nuevos retos,
sueños para construir un mundo mejor.



Índice

Título:	1
Resumen:	2
Abstract:	3
Responsabilidad:	4
Capítulo I	
1.1 Introducción:	9
1.2 Planteamiento del problema:	10
1.3 Justificación:	11
Capítulo II	
Marco teórico.....	12
2.1 Depresión en el paciente con insuficiencia renal crónica	13
2.2 Grados de depresión	14
2.3 Impacto de la depresión en el curso de la enfermedad renal.....	15
2.4 Impacto sobre la adherencia al tratamiento.....	16
2.5 Impacto sobre el sistema inmune.....	16
2.6 Depresión y mortalidad en la Insuficiencia Renal Crónica.....	17
2.7 Depresión y riesgo de suicidio:.....	17
2.8 Mediadores biológicos de la depresión en pacientes renales	18
2.9 Diagnóstico de depresión en el paciente con insuficiencia renal.....	19
2.10 Diagnóstico diferencial	20
2.11 Tratamiento de la depresión en el paciente con insuficiencia renal	20
Capítulo III	
3.1 Hipótesis:.....	22
3.2 Objetivos:	22



3.2.1 Objetivo General	22
3.2.2 Objetivos específicos	22
Capítulo IV	
Diseño Metodológico	23
4.1 Tipo de estudio	23
4.2 Operacionalización de variables	23
4.3 Universo y Muestra	26
4.4 Unidad de análisis y observación	26
4.5 Criterios de inclusión y exclusión	26
4.6 Procedimiento para la recolección de la información	27
4.7 Instrumentos para la recolección de información	27
4.7.1 Formulario de depresion de Beck :	27
4.7.2 Formulario de enrolamiento:	27
4.7.3 Formulario de consentimiento informado:	28
4.8 Definición de caso:	28
4.9 Procedimientos para garantizar aspectos éticos:	29
4.10 Plan de análisis de los datos:	29
Capítulo V	
Resultados:	30
Capítulo VI	
Discusión	43
Conclusiones	46
Recomendaciones	46
Bibliografía:	47
Anexos	53



Introducción

Los pacientes con insuficiencia renal crónica, en tratamiento con hemodiálisis, a más del deterioro físico, corren el riesgo adicional de sufrir cambios en sus relaciones sociales y en su independencia, con deterioro de autonomía individual y familiar. Esta situación afecta su calidad de vida.

La investigación de la calidad de vida y el diagnóstico del nivel de depresión son elementos fundamentales para la adecuada toma de decisiones en el tratamiento clínico de pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento con hemodiálisis. ⁽¹⁾ Los aspectos citados deben ser tomados en cuenta también a la hora de investigar aplicar o evaluar la eficacia de nuevos métodos terapéuticos de nuestros pacientes.

La depresión constituye la alteración psiquiátrica más común en pacientes con enfermedades crónicas. En los pacientes con IRC, sometidos a hemodiálisis, la depresión puede tener efectos adversos sobre la eficacia terapéutica ⁽¹⁾ y eleva las tasas de morbimortalidad. ^(2,3)

La evaluación de la depresión se realizó mediante la aplicación del inventario de depresión de Beck (BDI por sus siglas en inglés) ⁽⁴⁾ utilizado frecuentemente para medir el grado de depresión en los pacientes con terapia sustitutiva renal. ⁽⁵⁾ Este test proporciona una estimación adecuada de la gravedad o intensidad sintomática y es ampliamente utilizado en la investigación científica por su validez en el cribado; pues, tiene una sensibilidad del 92%, una especificidad del 80% y un excelente valor predictivo negativo en el estudio de pacientes en diálisis; además, distingue síntomas depresivos. ^(6, 7, 8)

Dicho instrumento es un cuestionario bien diseñado, sencillo de utilizar, cuyo análisis revela en un valor numérico la presencia o ausencia de la sintomatología.



1.2. Planteamiento del problema

La depresión es uno de los problemas de salud con mayor prevalencia en las últimas décadas y constituye la mayor fuente humana de infortunio y sufrimiento. Su prevalencia es muy alta y según la OMS (Organización Mundial de la Salud) en el 2004, la depresión representó uno de los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia, afectando alrededor de 340 millones de personas en todo el mundo.⁽⁹⁾

Se ha calculado que una depresión significativa, que amerita ser tratada por psiquiatras, afecta aproximadamente al 10% de la población en algún momento de su vida.⁽⁹⁾ Esta condición es la primera causa de hospitalizaciones psiquiátricas (23,3%). Se estima que el 80% de los pacientes que sufre de depresión, no recibe tratamiento.⁽²⁾

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia en la población general y, en pacientes con enfermedades crónicas, el problema se agudiza. La insuficiencia renal “per se” provoca condiciones adversas: clínicas, económicas, de servicios de salud y, consecuentemente, de calidad de vida de los pacientes afectados. La evaluación de la adaptación psicosocial y el estudio de la calidad de vida en estos pacientes son motivo de interés en la investigación científica, que explica el incremento del costo en los cuidados de los pacientes con IRC y el índice de su alta mortalidad.^(1,2) Estudios recientes han mostrado que la prevalencia de depresión en quienes inician tratamiento con diálisis oscila entre el 40 y el 45%.^(2,3)

La depresión afecta el estado inmunológico y nutricional, así como el cumplimiento del programa de diálisis,⁽¹⁰⁾ lo que incide en los resultados del tratamiento. La depresión puede ser, también, un factor independiente en la supervivencia de los pacientes. Además, la carga emocional interfiere con alteraciones neuro-bioquímicas que se presentan en los pacientes con uremia e influye en el desarrollo de la depresión.⁽¹⁰⁾



1.3 Justificación

La incidencia de la insuficiencia renal crónica se ha incrementado considerablemente en la última década; consecuentemente, el número de pacientes que reciben un proceso dialítico ha crecido paralelamente.

El objetivo de la diálisis es conseguir que los pacientes alcancen una supervivencia prolongada y, al mismo tiempo, favorecer su calidad de vida; sin embargo, la enfermedad crónica modifica la existencia del sujeto de manera indefinida e irreversible. ^(2,10) En función de la gravedad de la enfermedad renal y del transcurso de los años, suele desencadenar sufrimiento crónico, ansiedad y depresión. ⁽²⁾

La depresión constituye uno de los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia en la población general; ⁽⁹⁾ lamentablemente, en algunas enfermedades crónicas como es el caso de la enfermedad renal, este problema se agudiza, lo que provoca un deterioro progresivo de la calidad de vida. ^(2,10)

El desconocimiento de la prevalencia de depresión en los pacientes con insuficiencia renal crónica, sometidos a hemodiálisis en nuestra ciudad, junto con la inquietud por la investigación me impulsan a realizar el presente estudio. El trabajo pretende llenar algunos vacíos, dentro del ámbito de la epidemiología local; enfoca los factores susceptibles de ser modificados; propone estrategias dirigidas a mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Los resultados de este estudio serán publicados en revistas médicas locales nacionales y/o internacionales, y podrán servir de referencia a maestros, estudiantes y público en general.



CAPÍTULO II

Marco teórico

Actualmente, la depresión es la principal causa de discapacidad en Europa y es posible que se convierta en la segunda causa de enfermedad para el 2020, inmediatamente después de la coronaria isquémica. Esto significa que la depresión, por sí sola, es responsable de la tercera parte de toda la discapacidad a nivel mundial, causada por condiciones neuropsiquiátricas y por tanto, se constituye en el trastorno mental más importante al que se debe afrontar. ⁽¹²⁾

Históricamente, la Biblia hace referencia a dos casos de enfermedad mental en la que interviene la depresión. Se trata de los reyes Saúl y Nabucodonosor. ⁽¹³⁾ Hipócrates hace las primeras referencias conceptuales y clínicas de la melancolía, cuya causa es una patología de los humores básicos y, concretamente, un exceso o alteración de la bilis negra. Fue Aristóteles, el primero que dedicó un estudio monográfico a este problema. ⁽¹⁴⁾

El primero en utilizar la palabra “depresión” fue el británico Richard Blackmore en 1725. ⁽¹⁴⁾ Este vocablo deriva del latín depressus (abatido, derribado) y es un trastorno del estado de ánimo que, en términos coloquiales, se presenta como un abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.

Las tasas de prevalencia de la depresión en la población general varían considerablemente entre una población y otra; aquellas oscilan entre el 6%, en China, y más del 20% en los EE.UU. ⁽¹⁵⁾ Se calcula que más del 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida. ⁽¹⁶⁾

En cuanto a la población colombiana, un estudio realizado por el Ministerio de salud, en 1997, detectó una prevalencia general del 19,6%, ⁽¹⁷⁾ con una presencia mayor 1.3-1 en el sexo femenino; sin embargo, otra investigación del mismo País



realizada en estudiantes universitarios arrojó una prevalencia global del 36.4% ⁽¹⁸⁾ Estos resultados contrastan con lo obtenido por Belló et al, en el 2005, en la población mexicana, cuya prevalencia general de depresión es del 4.5% ⁽¹⁹⁾

2.1 Depresión en el paciente con insuficiencia renal crónica

Uno de los principales factores en la evaluación de pacientes con IRC es la depresión, cuya alta incidencia está bien documentada e involucra el deterioro de la calidad de vida de los pacientes dializados. ^(20,21)

Según Sack y colaboradores la prevalencia de la depresión varía en la población en diálisis debido al método empleado en su determinación. Además, afirma que, al igual que en la población general, la depresión en el paciente insuficiente renal es más frecuente entre las mujeres y tiene gran impacto en su calidad de vida. ⁽²²⁾

En los Estados Unidos de América, el incremento de pacientes con IRC que ingresan a programa de diálisis es del 6% anual, ⁽²³⁾ mientras que en México, la tasa anual de pacientes en diálisis es del 154.6 habitantes por cada millón, con una tasa anual de trasplante renal de 21.2 por millón ^(24 - 26)

Vázquez I. y otros han demostrado las estrechas relaciones entre la percepción subjetiva de enfermedad con la depresión cognitiva en enfermos con insuficiencia renal. ⁽²⁷⁾ Otras investigaciones demuestran que la prevalencia de depresión en quienes inician tratamiento con diálisis oscila entre el 40 y el 45%. ⁽²⁾ Sin embargo, un reciente estudio mexicano, en noviembre de 2009, destacó la prevalencia del 53.7%. ⁽²⁶⁾ En cambio, Colombia presenta el 56,7%. ⁽²⁸⁾

Datos de otros lugares demuestran prevalencias del 43%, como la obtenida en Oviedo, España, en el 2001. ⁽²⁹⁾ El reporte en el Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS) mostró, en 1999, que el 21.2% de los 8601 pacientes de hemodiálisis se diagnosticaron con depresión. ⁽³⁰⁾



2.2 Grados de depresión

Existe diferente intensidad de cuadros depresivos y diversos métodos para cuantificar esa intensidad, de los cuales, quizá, el más conocido en nuestro medio es la escala de Beck (BDI por sus siglas en inglés) ^(31, 32) Una revisión sistemática examinó la exactitud del BDI, determinando su idoneidad. ⁽³³⁾ Este test es un cuestionario, cuya aplicación demanda de 10 a 15 minutos. Una puntuación del BDI menor a 9 sugiere la ausencia de depresión; entre 10 a 18 representa un afecto depresivo leve; de 19 a 29, moderado y de 30 o más, depresión severa.

En un estudio realizado por Kim y colaboradores, en Seúl, se encontró que el 70% de 96 pacientes en diálisis peritoneal tenía, por lo menos, un nivel leve de depresión y, un buen número, un nivel más que moderado. ⁽³⁾ Al investigar las razones por las que los pacientes se consideraban deprimidos, se encontró que se atribuían a factores de carácter emocional más que a los físicos. ⁽³⁾ Además, se ha postulado que las alteraciones neuro-bioquímicas que se presentan en los pacientes con uremia pueden influir en el desarrollo de la depresión. ⁽¹¹⁾

También, se ha observado que los niveles de depresión en pacientes sometidos a hemodiálisis domiciliaria son bajos. Los pacientes refieren sentirse mejor debido a la calidez del hogar, la protección que reciben por parte de la familia y el no estar dentro del ambiente hospitalario. Cosa parecida ocurre con los pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria, quienes, también, presentan menor depresión. ⁽¹¹⁾

La depresión es común en pacientes que esperan recibir trasplante y está relacionada con la angustia generada por el deterioro de la salud física. Pero, quienes manifiestan mayor depresión son aquellos que han sufrido rechazo de un riñón trasplantado y han regresado a la hemodiálisis. ^(27, 34)

Quienes reciben tratamiento para la depresión son más capaces de enfrentar el estrés del trasplante y presentan un menor riesgo de problemas que quienes no lo reciben. La depresión no tratada eleva el potencial de conductas de afrontamiento



no adaptativas como la regresión, el incumplimiento de instrucciones, la hostilidad y la desesperanza prematura. ⁽³⁵⁾

En la revisión de diversos estudios, en 1985, se encontró variaciones diagnósticas para la depresión en pacientes con IRC de entre 0% y 100%. ⁽³⁶⁾ Por tal motivo, muchos investigadores han propuesto que la prevalencia de depresión mayor en pacientes con IRC es desconocida ⁽³⁶⁾

En estudios recientes, se ha excluido los síntomas somáticos del resto de la depresión. Se ha encontrado que los síntomas más frecuentes de depresión, en los pacientes renales, son los sentimientos de culpa y de minusvalía, la preocupación con pensamientos sobre la muerte y planes suicidas.⁽¹¹⁾ De todos modos, se ha encontrado la prevalencia de depresión mayor en IRC que oscila entre el 6,5% y el 40%. ^(11, 27)

Recientemente, en un estudio poblacional amplio, Kimmel y colaboradores intentaron hallar los datos de hospitalizaciones de pacientes con IRC, en Estados Unidos, y observaron que el 8,9% de ellos fueron hospitalizados con un diagnóstico psiquiátrico. Las causas más frecuentes fueron la depresión y los trastornos afectivos, en un 26%. ⁽³⁷⁾

2.3 Impacto de la depresión en el curso de la enfermedad renal

Como es de suponer, la depresión afecta todo el curso de la enfermedad renal y su tratamiento. El impacto de la percepción subjetiva de sí mismo, como una persona con una valía disminuida, con sentimientos hostiles, de frustración y de desconsuelo complica el curso de la enfermedad. ⁽³⁸⁾

Los pacientes deprimidos no se adhieren al tratamiento completamente, alteran sus relaciones interpersonales y afectivas; se perciben a sí mismos como abandonados (que nadie los quiere o que el apoyo emocional que reciben es escaso) y perciben que la interferencia de la enfermedad en su calidad de vida es muy profunda. ^(2,7) Además, comen, duermen y se cuidan menos; se descuidan en



su nutrición y piensan en suicidarse, todo lo cual está asociado a la depresión mayor y al incremento de la mortalidad. ⁽²⁾

2. 4 Impacto sobre la adherencia al tratamiento

Un paciente deprimido está menos motivado para cumplir con las prescripciones nefrológicas. La conexión exacta entre la depresión y la adherencia no ha sido fácil de establecer. Pacientes muy deprimidos tienden a disminuir sus tiempos de asistencia a las sesiones de diálisis y perciben que la enfermedad interfiere significativamente en su actividad diaria y sienten que reciben menos apoyo social. ^(11, 39)

2.5 Impacto sobre el sistema inmune

Es conocido que el sistema inmunológico se “deprime” en los pacientes deprimidos. Este aspecto tiene una importancia fundamental en quienes padecen enfermedades médicas, que han sido trasplantados, que tienen alguna neoplasia o en los pacientes con IRC. Los pacientes deprimidos que no reciben tratamiento tienen una disminución en el funcionamiento de su inmunidad celular. ⁽⁴⁰⁾ Tienen grandes cantidades circulantes de interleucina-1 (IL-1) y de otros reactivos característicos de la fase aguda inmunológica. Los puntajes altos de depresión se correlacionan, así mismo, con grandes cantidades circulantes de marcadores inmunológicos, como el complemento hemolítico total, el funcionamiento de los linfocitos T y las concentraciones de IL-1. Estos mediadores están asociados con la mortalidad de los pacientes en hemodiálisis. ⁽³⁸⁾

Dichas alteraciones inmunológicas inciden en la susceptibilidad de los pacientes con DM, que tienden a desarrollar infecciones, neoplasias o alteraciones autoinmunes; lo que nos habla sobre la importancia de detectar oportunamente y de tratar rápida y enérgicamente a los pacientes deprimidos con IRC. ⁽³⁹⁾



2.6 Depresión y mortalidad en la Insuficiencia Renal Crónica

Es un hallazgo incuestionable en Psiquiatría y en Medicina Interna que las depresiones graves incrementen la mortalidad de los pacientes con enfermedades crónicas. ⁽²⁴⁾ En el seguimiento de 573 pacientes mayores de 70 años, durante tres años, Covinsky y sus colegas lograron demostrar que los más deprimidos tenían una tasa de mortalidad 34% más alta que los menos deprimidos, una vez controlados otros factores de riesgo. ⁽³⁹⁾

Existe indicios suficientes para considerar que la depresión mayor es un factor de riesgo de mortalidad en los pacientes con IRC, en el mismo plano de los otros factores de riesgo biomédico. ⁽¹³⁾ En otro estudio, Kimmel y colaboradores demostraron que el incremento de una desviación estándar en los niveles de depresión estaba relacionado con un incremento del 18% al 32% en el riesgo de muerte de los pacientes con insuficiencia renal crónica, cuando se controlaban otros factores de riesgo. ⁽³⁹⁾

2.7 Depresión y riesgo de suicidio

El suicidio es la complicación más grave de la DM (depresión mayor) Según Wilsin L. et al, ⁽³⁸⁾ se considera que el 15% de los pacientes hospitalizados por DM finalmente se suicida. Si se suman hospitalizados y no hospitalizados, el 50% de los casos de suicidio se da en pacientes con DM. Además, estos pacientes intentan suicidarse diez veces más que la población general. ⁽⁴⁰⁾

Se ha descrito que la presencia de una enfermedad física crónica y de difícil control se complica significativamente por la presencia de depresión mayor. ⁽⁴¹⁾ En los años setenta, la tasa de suicidios en los pacientes sometidos a diálisis era entre 100 y 400 veces mayor que en la población general. ⁽⁴²⁾ Hoy en día, el riesgo de suicidarse para un paciente renal es 15 veces mayor que la población general, aunque el riesgo es mayor en pacientes de raza blanca que en otras razas. ⁽⁴³⁾



Otros factores de alto riesgo son la edad mayor de 65 años y la comorbilidad con diabetes mellitus. Además, los pacientes con IRC pueden cometer suicidio de una manera relativamente más fácil que la población general, por medio de la no adherencia a los tratamientos o por la manipulación de los accesos vasculares. Así, la incidencia de la suspensión del tratamiento está alrededor del 9%, lo que provoca un 22% de las muertes con IRC de raza blanca. ⁽⁴⁴⁾

2.8 Mediadores biológicos de la depresión en pacientes renales

Mediante la experimentación con animales y de hallazgos postmortem en cerebros de pacientes que murieron con uremia, se han postulado anormalidades en la síntesis de neurotransmisores como consecuencia de las alteraciones de la hormona paratiroidea (PTH), observadas en la IRC. Esto podría explicar la aparición de diversas anormalidades neuropsiquiátricas de la IRC. Por ejemplo, la PTH aumenta inicialmente la captación, la síntesis y la liberación de norepinefrina; pero, luego, la cascada se agota y se reduce; esto lleva a alteraciones en las vías dopaminérgicas y produce disforia, depresión y psicosis. ⁽⁴⁵⁾ Cosa parecida ocurre con la serotonina, cuya síntesis se eleva como consecuencia de la elevación del triptófano, que ocurre en la insuficiencia renal. Estos modelos pueden contribuir a la explicación de las altas tasas de depresión en los pacientes renales. ⁽⁴⁶⁾

Otros mediadores como las citocinas, parecen tener cierto rol en el cuadro clínico de la depresión, ya que su regulación anormal genera síntomas como fatiga, alteraciones cognitivas, del apetito y del sueño. Las citocinas están alteradas tanto en la uremia como en la depresión; lo que insinúa similitudes en la bioquímica cerebral de estas sustancias, en ambas condiciones clínicas. ⁽¹¹⁾



2.9 Diagnóstico de depresión en el paciente con insuficiencia renal

Los pacientes, en programa de hemodiálisis, presentan una amplia variabilidad de síntomas no específicos, en general, de carácter fluctuante, que condicionan de forma significativa su bienestar. Un episodio de DM se diagnostica cuando el paciente presenta por lo menos cinco síntomas de los siguientes nueve criterios diagnósticos de depresión, según el DSM-IV. ⁽⁴⁷⁾

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días.
2. Anhedonia o disminución del placer.
3. Pérdida o aumento importante de peso corporal.
4. Insomnio o hipersomnia.
5. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
6. Agitación o enlentecimiento psicomotores.
7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesivas o inapropiadas.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse.
9. Indecisión y criterios recurrentes de muerte incluyendo ideación suicida.

Además, para que se considere depresión se han de tomar en cuenta las siguientes condiciones:

- Los criterios uno o dos son imprescindibles para el diagnóstico.
- Que la duración sea mayor a dos semanas.
- Que los síntomas no estén asociados a un duelo.
- Que los síntomas no dependan de una enfermedad médica.

La superposición entre signos y síntomas de depresión y aquellos causados por una enfermedad terminal complican la tarea de diagnosticar la depresión de una manera adecuada. ^(37, 40)



2.10 Diagnóstico diferencial

La gran prevalencia de ansiedad y depresión en el paciente renal se ha atribuido a diferentes factores físicos y psicosociales. Estos hallazgos incluyen angina, arritmias, efectos medicamentosos, alteraciones metabólicas y pobre ventilación. Los factores psicosociales incluyen: ambiente hospitalario, aislamiento familiar, pérdida de control, amenazas a la integridad corporal, agonía y muerte. ⁽²⁶⁾

En pacientes deprimidos o ansiosos debe evaluarse también la presencia de delirium. Este puede causar perturbaciones en el ánimo y en la conducta, que imitan a aquellas asociadas con la depresión y la ansiedad. Los pacientes con delirium tienden a presentar fluctuaciones de su estado mental, mientras que los deprimidos o ansiosos son más consistentes en su apariencia, conducta y estado de alerta. ⁽⁴⁰⁾

2.11 Tratamiento de la depresión en pacientes con insuficiencia renal

Los tratamientos deben ser diseñados planeados y ejecutados basándose en las características clínicas, vitales y sociales individuales de cada paciente y de cada equipo terapéutico. Para ello, algunos investigadores han diseñado un plan de tratamiento selectivo, según la intensidad de la depresión dividiéndola en leve, moderada y grave, teniendo en cuenta criterios que tratan de refinar y estandarizar el “juicio clínico”, según los criterios del DSM-IV, ⁽⁴⁷⁾ y la escala de depresión BDI. ⁽⁴⁾

Muchos autores sugieren la necesidad de establecer verdaderos protocolos de manejo y de capacitación constante en estos temas al equipo interdisciplinario, a los pacientes y a la comunidad. ⁽⁴⁸⁾

Por el momento, se cree conveniente que es de vital importancia contar con un estudio que ponga en evidencia la magnitud del problema de la prevalencia de DM



en el paciente que padece IRC y esté bajo tratamiento de hemodiálisis. Esta evaluación permitirá enfocarnos en los factores susceptibles de ser modificados, con el propósito de proponer estrategias tendientes a disminuir la prevalencia de este trastorno.



CAPÍTULO III

3.1. Hipótesis

La prevalencia de depresión en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que asisten a la Unidad Renal del Austro es mayor al 60% reportado en la literatura y está relacionada positivamente con el tiempo menor a uno y menor a cinco años de permanencia en el programa de hemodiálisis y con falta de apoyo familiar.

3.2. Objetivos

3.2.1. Objetivo General

Determinar la prevalencia y factores relacionados con la depresión en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, que acudieron a realizarse hemodiálisis en la Unidad Renal del Austro, durante el 2009.

3.2.2. Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia de depresión y la estratificada por sexo y grupo etario.
- Determinar la frecuencia de depresión en pacientes con menos de un año de tratamiento de hemodiálisis y comparar con los de más de uno.
- Determinar la frecuencia de depresión de pacientes con menos de cinco años de tratamiento de hemodiálisis y comparar con los de más de cinco.
- Determinar la frecuencia de depresión en pacientes con falta de apoyo familiar y comparar con los que sí lo tienen.
- Determinar la frecuencia de depresión en pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2, sometidos a hemodiálisis y comparar con los de otros diagnósticos



CAPÍTULO IV

Diseño Metodológico

4.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio transversal para determinar la prevalencia de depresión (según el test de Beck) y la relación con el tiempo de permanecer en tratamiento y la falta de apoyo familiar.

4.2 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Depresión	Desorden afectivo, caracterizado generalmente por: tristeza patológica, pérdida o aumento del apetito, insomnio o hipersomnía, falta de energía o fatiga, Baja autoestima, Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y Sentimientos de desesperanza.	Desorden afectivo.	Test validado: Beck Depression Inventory.	Normal. Depresión Leve. Depresión Moderada. Depresión Grave.



VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Número de años cumplidos que tiene una persona contados a partir de la fecha su nacimiento.	Tiempo transcurrido.	Años cumplidos.	Numérica.
Sexo	Características fenotípicas que diferencian entre hombres y mujeres.	Características fenotípicas.	Fenotipo.	Hombre Mujer
Escolarización	Nivel de educación alcanzado por el paciente durante su vida.	Nivel de educación alcanzado.	Nivel.	Ninguno Primario Secundario Superior
Estado civil	Condición civil en la que se encuentra el paciente.	Condición civil.	Condición civil.	Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Unión libre
Lugar de residencia	Lugar en el que reside el paciente.	Lugar en el que reside el paciente.	Lugar.	Urbano Rural
Apoyo familiar	Sostén o soporte familiar del paciente insuficiente renal en los ámbitos: emocional, psicológico, físico, biológico o económico.	Soporte familiar del paciente renal en los ámbitos: emocional, psicológico, físico, biológico o económico.	Apoyo emocional, psicológico, físico, biológico o económico	Sí No



VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Tiempo de hemodiálisis	Tiempo que el paciente está bajo tratamiento de hemodiálisis	Tiempo de tratamiento de hemodiálisis	Tiempo	-Menor de 1 año -De 1 a 4 años 11meses -De 5 a 9 años 11meses -De 10 años o +
Etiología de la Insuficiencia renal	Causa que propició la Insuficiencia Renal.	Causa que propició la Insuficiencia Renal.	Diabetes Mellitus. Hipertensión arterial. Lupus eritematoso sistémico. Poliquistosis renal. Uropatía obstructiva. No filiada. Otras.	Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No



4.3 Universo y muestra

El universo está conformado por la totalidad de pacientes bajo tratamiento de hemodiálisis en la UNIREAS, que aceptaron formar parte de esta investigación, este estudio se aplicó a todo el universo, por lo que esta investigación no tiene muestra.

4.4 Unidad de análisis y observación

En virtud de que el estudio se aplicó a todo el universo, tanto la unidad de observación como la unidad de análisis, la constituyen los pacientes que padecen insuficiencia renal crónica y acuden a hemodiálisis en la unidad Renal del Austro.

4.5 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión

- Pacientes de la Unidad Renal del Austro, que aceptaron ingresar voluntariamente al estudio y firmaron el consentimiento informado.
- Pacientes de la Unidad Renal del Austro, que se beneficiaron de terapia de sustitución renal, durante los meses comprendidos entre noviembre y diciembre de 2009.

Criterios de exclusión:

- Pacientes de la UNIREAS, que no dieron su consentimiento informado para ser estudiados.
- Pacientes que presentaron alteraciones auditivas severas (imposibilidad de escuchar a su interlocutor, a pesar de usar audífono apropiado)



4.6 Procedimiento para la recolección de la información

Durante los meses de noviembre y diciembre de 2009 se realizaron visitas diarias a la UNIREAS, a fin de localizar a los pacientes y llenar los cuestionarios.

4.7 Instrumentos para la recolección de información

Se realizó una entrevista estructurada, completando tres cuestionarios: consentimiento informado, formulario de enrolamiento y el Beck Depression Inventory Test. La aplicación de cuestionarios se realizó con el apoyo del psicólogo de UNIREAS y se desarrollaron durante las sesiones de hemodiálisis.

4.7.1 Formulario de depresión de Beck

El Beck Depression Inventory Test es un cuestionario validado para medir la depresión; consta de veintiún ítems; para cada uno existen cuatro posibles respuestas, las que de acuerdo con la gravedad confieren de 0 a 3 puntos. La calificación total máxima es 63. ⁽⁴⁾ La aplicación del cuestionario de este test demanda de 10 a 15 minutos. Una puntuación del BDI menor a 9 sugiere la ausencia de depresión; entre 10 a 18 representa un afecto depresivo leve; de 19 a 29, moderado y de 30 o más, depresión severa. ⁽⁴⁾

4.7.2 Formulario de enrolamiento

En este formulario se consignan las siguientes variables epidemiológicas:

Edad: Se considera al tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual. El indicador se expresa en años cumplidos. Para la determinación de la edad, se utilizan los registros de la Historia Clínica de cada paciente o la cédula de identidad.

Sexo: Se lo determina en base a las características fenotípicas secundarias que diferencian a los hombres y a las mujeres.



Estado civil: Es la condición civil en la que se encuentra el paciente: soltero/a, casado/a, divorciado/a, viudo/a, unión libre.

Nivel de escolarización: Son los estudios alcanzados en los niveles primario, secundario y superior.

Lugar de residencia: Es el espacio en donde reside la persona. Se considera a la categoría de parroquias urbanas y rurales de acuerdo con el plan de distribución territorial del Ecuador. En el caso del cantón Cuenca, las consideraciones de urbano y rural están de acuerdo con la división territorial del Cantón, tomado de los archivos de la Ilustre Municipalidad de Cuenca.

Tiempo de tratamiento con Hemodiálisis: Se considera al tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento hasta la fecha actual. El indicador se expresa en años cumplidos. Para su determinación, se utiliza los registros de la Historia Clínica de cada paciente.

Apoyo familiar: Es el soporte familiar que se le proporciona al paciente insuficiente renal en el ámbito emocional, psicológico, físico, biológico o económico.

Etiología: Causa que propició la insuficiencia renal; para su determinación se utiliza los registros de la Historia Clínica de cada paciente.

4.7.3 Formulario de consentimiento informado

Las personas recibieron la información sobre el en forma oportuna y adecuada. Además tuvieron la libertad de decisión para participar o no en esta investigación.

4.8 Definición de caso

Se consideró como caso (depresión) a los/as pacientes insuficientes renales de la Unidad Renal del Austro que acuden a hemodiálisis y que resultaron positivos, luego de la aplicación del test de Beck (con un puntaje de 10 o mayor)



4.9 Procedimientos para garantizar aspectos éticos

Para la ejecución del estudio, se consideró las normas bioéticas de la declaración de Helsinki. Se solicitó la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Médicas y se contó con el consentimiento de las personas que cumplían los criterios de inclusión. Para esto, se ofreció información detallada sobre el estudio, mediante un formulario de consentimiento informado (Anexo 1).

La aplicación de los cuestionarios no incluyó riesgos para las personas a quienes se los aplica. El costo de los cuestionarios fue financiado en su totalidad por el investigador. El beneficio directo para los pacientes es el conocimiento de su estado psicológico, la depresión.

4.10 Plan de análisis de los datos

Se creó una base de datos en el programa Microsoft Office Excel 2007 y la información fue procesada en el programa SPSS (Versión 15.0. Lead Technologies Inc. SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA). La redacción se realizó en Microsoft Word. Se utilizó una computadora marca Dell Inspirion E1505 con el sistema de Microsoft Windows XP Profesional versión 5.1 2600 service pack y 750 MB de memoria.

El análisis se realiza mediante estadística descriptiva, según la exigencia de su naturaleza: frecuencias y porcentajes. Como se trabaja con el Universo, los resultados no incluyen intervalos de confianza. Las relaciones entre las variables dependientes e independientes se establecen en base a razón de prevalencias, chi-cuadrado y valor de p.



CAPITULO V

RESULTADOS

Presentación del grupo de estudio

Se estudia a 134 pacientes, que asisten regularmente en el 2009 a realizarse hemodiálisis en la Unidad Renal del Austro.

Sexo

La mayoría son de sexo femenino (n=80, el 59.7%). La diferencia de porcentajes entre los sexos; El 59.7% corresponde a las mujeres versus el 40.3% que pertenece a los hombres ($p= 0.025$) (Tabla 1).

**Tabla 1. Distribución del universo de estudio, según sexo
Unidad Renal del Austro, 2009**

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	80	59.7
Masculino	54	40.3
Total	134	100.0

**Fuente: formularios de recolección de datos
Realizado por el autor.**



Edad

La edad mínima es 16 años; la máxima, 81; la mediana, 55; el percentil 25, de 43 y el percentil 75, de 64 años. La mayoría tenían entre 45 y 64 años (n=63, el 47.0%) seguidos por lo menores a 45 (n=40, el 29.9%). La diferencia de porcentajes entre el grupo etario es significativa (p= 0.002) (Tabla 2)

**Tabla 2. Distribución del universo de estudio, según grupo etario
Unidad Renal del Austro, 2009**

Grupo etario	Frecuencia	Porcentaje
< 45	40	29.9
45 – 64	63	47.0
≥ 65	31	23.1
Total	134	100.0

**Fuente: formularios de recolección de datos
Realizado por el autor**



Lugar de residencia habitual

La mayoría residía en el área urbana (n=90, el 67.2%). La diferencia con los que residían en el área rural es significativa (p= 0.000) (Tabla 3)

Tabla 3. Distribución del universo de estudio, según lugar de residencia habitual.

Unidad Renal del Austro, 2009

Lugar de residencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	90	67.2
Rural	44	32.8
Total	134	100.0

**Fuente: formularios de recolección de datos
Realizado por el autor.**



Nivel de instrucción

La mayoría tenían nivel de instrucción primaria (n= 81, el 60.4%) Los analfabetos, y quienes alcanzaron la secundaria y el nivel superior son 53, lo que constituye el 39.6% (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución del universo de estudio, según nivel de instrucción. Unidad Renal del Austro, 2009

Nivel de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeto	14	10.4
Primaria	81	60.4
Secundaria	30	22.4
Superior	9	6.7
Total	134	100.0

**Fuente: formularios de recolección de datos
Realizado por el autor.**



Estado civil

La mayoría fueron casados (n= 87, el 64.9%) le sigue el grupo de solteros (n=26, el 19.4%)y la minoría la conformaron los viudos, los divorciados y quienes están en unión libre (Tabla 5)

**Tabla 5. Distribución del universo de estudio, según estado civil
Unidad Renal del Austro, 2009**

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	26	19.4
Casado	87	64.9
Viudo	14	10.4
Divorciado	5	3.7
Unión Libre	2	1.5
Total	134	100.0

**Fuente: formularios de recolección de datos
Realizado por el autor**



Prevalencia de depresión y la estratificado por sexo y grupo etario

Prevalencia de depresión

La prevalencia de depresión fue del 45.5% (IC 95% 37.1- 53.9) Se clasificó como leve a 41, el 30.6%; moderada a 19, el 14.2% y grave a 1, el 0.7% (Tabla 6)

Tabla 6. Distribución del universo de estudio, según alteración del estado de ánimo.

Unidad Renal del Austro, 2009

Alteración del estado del ánimo	Frecuencia	Porcentaje
Normal	73	54.5
Depresión leve	41	30.6
Depresión moderada	19	14.2
Depresión grave	1	0.7
Total	134	100.0

**Fuente: formularios de recolección de datos
Realizado por el autor.**



Depresión según sexo

De 54 hombres, los 15, el 27.8% (IC 95% 15.8 – 39.8) fueron diagnosticados de depresión y de las 80 mujeres, 46, es decir, el 57.5% (IC 95% 46.5 – 68.5) La diferencia de la prevalencia de depresión entre hombres y mujeres fue significativa ($p= 0.001$) (Tabla 7)

Tabla 7. Distribución del universo de estudio, según alteración del estado de ánimo y sexo.

Unidad Renal del Austro, 2009						
Sexo	Depresión		Normal		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hombres	15	27.8	39	72.2	54	100.0
Mujeres	46	57.5	34	42.5	80	100.0
Total	61	45.5	73	54.5	134	100.0

**Fuente: formularios de recolección de datos
Realizado por el autor.**



Depresión según grupo etario

De los 40 pacientes con edad menor a 45 años, 12 de ellos, el 30.0%, fue diagnosticado de depresión; de los 63, tenían entre 45 a 64 años, 32 o sea, el 50.8% y de los 31 pacientes con más de 64 años, los 17, que constituyen el 54.8% padecen depresión. La diferencia no es significativa ($p= 0.059$) (Tabla 8)

Tabla 8. Distribución del universo de estudio, según alteración del estado de ánimo y grupo etario.

Unidad Renal del Austro, 2009

Grupo etario (años)	Depresión		Normal		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 45	12	30.0	28	70.0	40	100.0
45 – 64	32	50.8	31	49.2	63	100.0
≥ 65	17	54.8	14	45.2	31	100.0
Total	61	45.5	73	54.5	134	100.0

**Fuente: formularios de recolección de datos
Realizado por el autor**



Relación de la depresión con los factores de riesgo

Tiempo menor a un año de permanecer en el programa de hemodiálisis y la relación con depresión

Los pacientes que tenían menos de un año de permanecer en el programa de hemodiálisis no presentaron mayor probabilidad de padecer depresión en relación con los que tienen más de un año de tratamiento. La razón de prevalencia (RP) fue de 1.0; esta probabilidad no es significativa (IC 95% 0.7 – 1.5) y $p = 0.952$ (Tabla 9)

Tabla 9. Relación del tiempo mayor a 1 año de permanencia en el programa de hemodiálisis con depresión.

Unidad Renal del Austro, 2009

Tiempo de permanencia en el programa	Con Depresión		Sin Depresión		RP	IC (95%)	Valor p
	Nº	%	Nº	%			
< 1 año	17	45.9	20	54.1	1.0	0.7-1.5	0.952
> 1 año Edad	44	45.4	53	54.6			
Total	61	45.5	73	54.5			

**Fuente: formularios de recolección de datos.
Realizado por el autor.**



Tiempo menor a cinco años de permanencia en el programa de hemodiálisis y la relación con depresión

Los pacientes que tenían menos de cinco años de permanecer en el programa de hemodiálisis no presentaron mayor probabilidad de padecer depresión en relación con quienes tenían más de cinco años. La razón de prevalencia (RP) fue de 1.0; esta probabilidad no es significativa (IC 95% 0.6 – 1.6) y $p= 0.932$ (Tabla 10)

Tabla 10. Relación del tiempo menor a 5 años de permanecer en el programa de hemodiálisis con depresión.

Unidad Renal del Austro, 2009

Tiempo de permanencia en el programa	Con Depresión		Sin Depresión		RP	IC (95%)	Valor p
	Nº	%	Nº	%			
< 5	48	45.7	57	54.3	1.0	0.6-1.6	0.932
> 5	13	44.8	16	55.2			
Total	61	45.5	73	54.5			

**Fuente: formularios de recolección de datos
Realizado por el autor.**



Falta de apoyo familiar y la relación con depresión

Los pacientes que no tenían apoyo familiar no presentaron mayor probabilidad de padecer depresión en relación con los que sí lo tenían. La razón de prevalencia (RP) fue de 0.9; esta probabilidad no es significativa (IC 95% 0.5 – 1.5) y $p=0.591$ (Tabla 11)

**Tabla 11. Relación de la falta de apoyo familiar con depresión
Unidad Renal del Austro, 2009**

Apoyo	Con Depresión		Sin Depresión		RP	IC (95%)	Valor p
	Nº	%	Nº	%			
No	8	40.0	12	60.0	0.9	0.5-1.5	0.591
Si	53	46.5	61	53.5			
Total	61	45.5	73	54.5			

**Fuente: formularios de recolección de datos
Realizado por el autor.**



Diabetes Mellitus tipo 2 y la relación con depresión

En primer término se describe las enfermedades, probablemente la etiología, relacionadas con la insuficiencia renal. Se observa un predominio de la diabetes Mellitus y la hipertensión arterial (n= 103, el 76.9%) (Tabla 12)

Tabla 12. Distribución del universo de estudio, según etiología de la Insuficiencia Renal.

Unidad Renal del Austro, 2009

Etiología de la Insuficiencia Renal	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes Mellitus tipo 2	51	38.1
Hipertensión arterial	52	38.8
Lupus Eritematoso Sistémico	4	3.0
No filiada	14	10.4
Poliquistosis renal	3	2.2
Síndrome Nefrótico	4	3.0
Uropatía Obstructiva	3	2.2
Glomerulonefritis	2	1.5
Mieloma Múltiple	1	.7
Total	134	100.0

**Fuente: formularios de recolección de datos
Realizado por el autor.**



En segundo término, se describe la mayor probabilidad de padecer depresión relacionada con el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2. La razón de prevalencia fue de 1.9; esta es significativa (IC 95% 1.3- 2.8) y $p= 0.000$ (Tabla 13)

**Tabla 13. Relación de Diabetes Mellitus con depresión
Unidad Renal del Austro, 2009**

Etiología Insuficiencia renal	Con Depresión		Sin Depresión		RP	IC	Valor
	Nº	%	Nº	%			
Diabetes Mellitus tipo 2	33	64.7	18	35.5	1.9	1.3-2.8	0.000
Otros etiologías	28	33.7	55	66.3			
Total	61	45.5	73	54.5			

**Fuente: formularios de recolección de datos.
Realizado por el autor.**



CAPITULO VI

DISCUSIÓN

Los pacientes con insuficiencia renal crónica en programas de hemodiálisis llevan una vida muy difícil. Dependen irremediamente de una máquina, de personal especializado, del grado de soporte familiar y social...Tienen limitaciones en la alimentación, disfunción sexual, disminución en la esperanza de vida, problemas laborales, etc. Por si esto fuera poco, en ocasiones padecen enfermedades agregadas por el mismo proceso de hemodiálisis: infecciones asociadas a la presencia de catéteres, fístulas arteriovenosas disfuncionales, etc. ^(6, 7, 49)

Los resultados de esta investigación ratifican hallazgos previos de otras series, en las que un gran porcentaje de los pacientes en hemodiálisis muestran estados variables de depresión, que varían desde: 21.2%, obtenido según el reporte del Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS) en el 2003, ⁽³⁰⁾ hasta una prevalencia del 56.7% informada por Páez et al en Colombia. ⁽²⁸⁾ En este estudio se obtuvo una prevalencia de depresión del 45.5%; estos datos son muy similares a los obtenidos por Álvarez et al en Oviedo-España quien reportó una prevalencia del 43%. ⁽²⁹⁾

Se encontró, también, que la mayoría de los pacientes depresivos presenta este padecimiento en grado leve, con un 30,6% del total de pacientes (según test de Beck) le sigue el 14,4% que corresponde al grado moderado y el 0.7% al grave o severo, lo que difiere con el estudio de Esquivel en México, en donde los grados de depresión fueron: leve, 18.2% (10); moderada, 20% (11) y severa, 14.5%. En dicho estudio, la depresión coexistió en un 53.7%. ⁽²⁶⁾

La mayoría de los autores han encontrado que la depresión, en general, es dos a tres veces más común en mujeres que en varones. ^(51,52) se exceptúa algunos estudios, particularmente, en el África que no han mostrado prevalencia mayor en de mujeres. ⁽⁵³⁾



Varios autores afirman que, al igual que en la población general, la depresión en el paciente insuficiente renal es más frecuente entre las mujeres y tiene gran impacto en su calidad de vida; tal parece indicar que este predominio del sexo femenino en la depresión del paciente con IRC se explica desde la perspectiva de que la mujer soporta una mayor carga social que el hombre. ^(22,50,54,55)

En nuestro estudio la depresión en las mujeres tuvo mayor prevalencia que en hombres (57,5% vs 27.8%), la diferencia fue significativa. (p= 0,001).

Según grupo etario, la mayor prevalencia de depresión se encuentra entre los pacientes mayores a 65 años con un 54,8%, con una diferencia que no es significativa (p= 0,059)

La depresión suele ser la causa más frecuente alteración del estado de ánimo en la última etapa de la vida. ^(64, 65) La mayoría de investigaciones aseveran que la edad “per se” es un factor de riesgo para los trastornos depresivos. ^(6,7,19)

En el presente estudio se ha encontrado que la mayoría de pacientes residen en el área urbana. Esto se explica porque algunos pacientes al ser diagnosticados de insuficiencia renal, en los distintos hospitales, optan por la diálisis peritoneal.

Varios estudios plantean que a mayor nivel educacional mayor prevalencia de depresión en el paciente renal, ^(40,55)

En el presente estudio, la prevalencia de depresión en pacientes con un tiempo menor a 1 año fue del 45,9% y en quienes tuvieron más de 1 año de tratamiento con hemodiálisis es del 45,4% existiendo una mínima diferencia; en todo caso, no se encuentra asociación entre estas variables.

Si se compara la prevalencia de depresión en los pacientes que llevan menos de cinco años de tratamiento con los que llevan un tiempo mayor no existe probabilidad significativa (45,7% vs 44,8 respectivamente con una p= 0,932)



Respecto al tiempo de tratamiento en hemodiálisis y prevalencia del trastorno depresivo hay resultados controversiales. Mientras algunos autores afirman que no existe relación alguna entre estas variables, ^(58,59) otros investigadores ratifican que, mientras mayor sea el tiempo bajo tratamiento de hemodiálisis menor es la prevalencia de depresión frente a pacientes que se inician en el tratamiento dialítico. ⁽⁶⁰⁾ Se cree que, con el devenir del tiempo en tratamiento de hemodiálisis estos pacientes manifiestan una disminución en la intensidad y frecuencia de la depresión, por un proceso de adaptación a la hemodiálisis y a la IRC.

Estos resultados quizá se deban a que, en la actualidad, los tratamientos ofrecidos a los pacientes renales abarcan mayores aspectos de su salud: eritropoyetina, membranas biocompatibles, mejor control del hiperparatiroidismo secundario, etc. Estos cambios sustanciales en la atención del enfermo renal mejoran indiscutiblemente el aspecto físico; sin embargo, es indudable la carga emocional. ⁽⁵⁸⁾

Finalmente algunos investigadores aseveran que el hecho de permanecer más tiempo bajo tratamiento de hemodiálisis hace que sean más proclive a sufrir episodios depresivos. ^(1,2,10,61) En un estudio realizado en el 2000, Benazzi asevera que la duración de la enfermedad mayor a 12 años se asocia con depresión. ⁽⁶²⁾

La relación entre el factor de riesgo (bajo apoyo familiar) y la presencia de depresión está reportada en varios estudios; ^(3,8,11,63) sin embargo, no se encontró asociación significativa, pese a que el 46.5% de los pacientes con apoyo familiar presentaron depresión, frente a un 40% de pacientes sin soporte familiar; lo que no tiene relación con las referencias de dichos estudios.

En cuanto a la etiología de la enfermedad renal, los resultados de esta investigación son similares a los reportados por la bibliografía que refieren como aporte etiológico fundamental, a la diabetes mellitus y a la hipertensión arterial con cifras que oscilan entre el 20 al 40%. ^(56, 57)



CONCLUSIONES

La prevalencia de depresión en los pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica y sometidos a hemodiálisis en la Unidad Renal del Austro es del 45.5%; en el sexo femenino, el 57.5% y, en el masculino, el 27,8%.

La prevalencia de depresión en el grupo de pacientes menores a 45 años fue del 30.0%, en edades entre 45 y 65, el 50.8% y en los mayores a 65, el 54.8%.

La depresión se relacionó positivamente con el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 y no hubo relación positiva ni negativa con el tiempo de tratamiento en hemodiálisis y falta de apoyo familiar.

RECOMENDACIONES

Establecer valoraciones del estado de ánimo de manera periódica, a todos los pacientes con insuficiencia renal crónica, aplicando el test de Beck.

Realizar un tratamiento integral a pacientes y familiares, que incluya asesoría psicológica, motivación y, en caso necesario, administrar a los pacientes, tratamiento antidepresivo.

Identificar, en los pacientes con insuficiencia renal, los grupos de riesgo: diabetes mellitus tipo 2, sexo femenino y mayores a 65 años.

Individualizar el tratamiento y orientarlo a la promoción de la salud, prevención de complicaciones y tratamiento biológico, psicológico, social de los pacientes con insuficiencia renal.



BIBLIOGRAFÍA

1. Wuerth D, Finkelstein SH, Finkelstein FO. The identification and treatment of depression in patients maintained on dialysis. *Semin Dial* 2005; 18:142-146.
2. Finkelstein FO, Finkelstein SH. Depression in chronic dialysis patients: assessment and treatment. *Nephrol Dial Transplant* 2000; 15:1911-1913.
3. Kim JA, Kee LY, Huh W, Kim YG, Kim DJ, Oh HY, et al. Analysis of depression in continuous ambulatory peritoneal dialysis patients. *J Korean Med Sci* 2002; 17:790-4.
4. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock JE, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Ar Gen Psychiatry* 1961;4:561-71.
5. Craven JL. The Beck Depression Inventory as a screening device for mayor depression in renal dialysis patients. *International Journal of Psychiatry Med.* 2001;18: 365 -374
6. Hedayati S, Grambow S, Szczech L, et al. Physician-diagnosed depression as a correlate of hospitalizations in patients receiving long-term hemodialysis. *American Journal of Kidney Diseases* 2005(46)4:642-649.
7. Lopes AA, Bragg J, Young E, et al. Depression as a predictor of mortality and hospitalization among hemodialysis patients in the United States and Europe. *Kidney International* 2002;62,199-207.
8. Drayer R, Piraino B, Reynolds C, et al. Characteristics of depression in hemodialysis patients: symptoms, quality of life and mortality risk. *General Hospital Psychiatry* 2006;28:306-312.
9. World Health Organization. Public health significance of depression. *Bulletin of a WHO Expert Committee.* Geneva WHO 2004; 65:575-88
10. Kimmel PL, Weihs K, Peterson RA. Survival in hemodialysis patients: the role of depression. *J Am Soc Nephrol* 2003; 4:12-27.
11. Kimmel P. Psychosocial factors in dialysis patients. *Kidney Int* 2001;59: 1599 – 613.



12. Hays RD, Kallich JD, Mapes DL, Coons SJ, Amin N, Carter WB. Kidney disease quality of life short form (KDQOL-SFTM), Version 1.3: A Manual for use and scoring. Santa Monica, Ca: RAND, 1997.
13. Sagrada Biblia Dorada traducida de "La Vulgata Latina". Bogotá Colombia 2003. ISBN 958-33-2765-4 Reyes Cap: 24 Vers: 1-20.
14. Jackson, Stanley W., Historia de la melancolía y la depresión. Rev International of Psychiatry. 1961; 6:1-8.
15. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the world. WHO. World mental health surveys. Lancet 2007; 370: 841-850.
16. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2001: 29-30.
17. Rebollo P, González MP, Bobes J, Saiz P, Ortega F: Interpretación de los resultados de la calidad de vida relacionados con la salud de pacientes en terapia sustitutiva de insuficiencia renal terminal. *Nefrología XX* 2000. 5; 431-439
18. Medina M, Rascón M, Tapia R, Mariño M, Juárez F, Villatoro J *et al.* Trastornos emocionales en población urbana mexicana: Resultados de un estudio nacional. *An Inst Mex Psiquiatr* 1992; 3:48-55.
19. Belló M, Puentes E, Medina M, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Publica Mex* 2005;47 supl 1:S4-S11.
20. Wang PL, Watnick SG. Depression: a common but under recognized condition associated with end-stage renal disease. *Semin Dial* 2004;17:237-241.
21. Wuerth D, Finkelstein SH, Finkelstein FO. The identification and treatment of depression in patients maintained on dialysis. *Semin Dial* 2005;18:142-146.
22. Sacks CR, Peterson RA, Kimmel PL: Perception of illness and depression in chronic renal disease. *Am J Kidney Dis* 15: 31- 39, 2004.



23. Ruggenenti P, Schieppati A, Remuzzi G. Progression, remission, regression of chronic renal diseases. *Lancet* 2001;357:1601-1608.
24. Direc Dirección General de Información y Evaluación de Desempeño de la Secretaría de Salud. Estadística de egresos hospitalarios de la Secretaría de Salud 2000. México: Salud Publica Mex 2001;43:494-510.
25. Mazachi N, Schwedt E, Fernández JM, González MF, Cusumano AM, Agost CC, et al. Incidencia y prevalencia del tratamiento de la insuficiencia renal extrema en Latinoamérica. En: Registro latinoamericano de diálisis y trasplante renal. Disponible en http://www.slanh.org/registro/Registro_del_SLANH.doc
26. Esquivel C, Prieto J, López J, Ortega R, Martínez J, Velasco V. Calidad de vida y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis. *Rev Med Int Mex* 2009;25(6):443-449
27. Vazquez I, Valderrabano F, Fort J, Jofré R, López-Gómez JM, Moreno F, et al. Psychosocial factors and health-related quality of life in hemodialysis patients. *Qual Life Res* 2005;14:179-190.
28. Páez A, Jofré M, Azpiroz C, De Bortoli M. Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. *Univ. Psychol. Bogotá, Colombia* 2009. V. 8 No. 1: 117-124. ISSN 1657-9267 117
29. Álvarez F, Fernández F, Vázquez A, Mon C, Sánchez R, Rebollo P. Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas. Instituto Reina Sofía de Investigación Nefrológica. Oviedo. *Rev Nefrol.* 2001. Vol. XXI. Número 2:52-57
30. Mapes D, Lopes A, Satayathum S, et al. Health-related quality of life as a predictor of mortality and hospitalization: the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Kidney International* 2003;64:339-349.
31. Aben I, Verhey F, Lousberg R, Lodder J, Honig A. Validity of the Beck Depression Inventory, Hospital Anxiety and Depression Scale, SCL-90, and Hamilton Depression Rating Scale as screening instruments for depression in stroke patients. *Psychosomatics*, 2002; 43: 386-93.



32. Moran P, Mohr D. The validity of Beck Depression Inventory and Hamilton Rating Scale for Depression items in the assessment of depression among patient with renal insufficiency. *Journal of Behavioral Medicine*, 2005;28;35-41.
33. Mulrow CD, Williams Jr JW, Gerety MB, Ramírez G, Montiel, OM, et al. Instruments for depression in primary care settings. *Ann Intern Med* 1995. 122: 913-921.
34. Crone C, Wise T. Psychiatric aspects of transplantation, II: Preoperative issues. *Crit Care Nurse* 2003; 19:51-63
35. Christensen AJ, Elhers SL. Psychological factors in end-stage renal disease: an emerging context for behavioral medicine research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2002;70(3): 712–24
36. Smith MD, Hong BA, Robson AM, Diagnosis of depression in patients with end-stage renal disease: comparative analysis. *Am J of Medicine* 1985; 79:160-6.
37. Kimmel PL, Thanner M, Richard CM, Ray NF. Psychiatric illness in patients with end-stage renal disease. *Am J of Med* 1998; 105: 214-21
38. Miller GE, Cohen S, Herbert TB. Pathways linking mayor depression and immunity in ambulatory female patients. *Psicosom Med* 1999;61:850-60.
39. Kovinsky KE, Kahana E, Chin M, Palmer R, Fortinsky R, Landefed S. Depressive Symptoms and 3-year mortality in older hospitalized medical patients. *Annals of Int Med* 1999;130(7):563-69.
40. Kimmel PL, Peterson RA, Wheis KL, Simmens SJ, Alleyne S, Cruz I, el at. Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis patients. *Kidney Int* 2000;57:209 3-8.
41. Wilsin LR. Trastornos depresivos. In: Jacobson JL, Jacobson AM, editors. *Secretos de la Psiquiatría*. México: McGraw-Hill Interamericana; 2002, pp. 82-88
42. Stern TA, Lagomacino IT, Hackett TP, Suicidal patients. In: Cassem NH, Stern TA, Rosebaum JF, Jellinek MS, editors. *Massachusetts General Hospital Hand-book of General Hospital Psychiatry*. St. Louis: Mosby; 1997;p.69.88.
43. Neu S, Kjellstrand CM, Stopping long-term dialysis: an empirical study of withdrawal of life-supporting treatment. *N Eng J Med* 1999;314:14-20.



44. Weth D, Finkelstein SH, Ciarsia J, Peterson R, Kiliger AS, Finkelstein FO. Identification and treatment in a cohort of patients on chronic peritoneal dialysis. *Am J Kidney Diseases* 2004 May;37(5):1011-7
45. Brown TM, Brown RLS, Neuropsychiatric consequences of renal failure. *Psychosomatics* 2005; 36:244-53.
46. Geddes J, Freemantle N, Mason J, Eccles M, Boynton J. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) versus other antidepressants for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2005: CD002791.
47. American Psychiatric Association (US). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV)*. Washington: Masson; 1994.
48. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, et al. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet* 2007;370:851-858.
49. Kimmel PL, Levi NB. Psicología y rehabilitación. En: Daurgidas JT, Blake PG, Ing TS. *Manual de diálisis*. 2a ed. Barcelona: Masson, 2003:431-437.
50. Vázquez I, Valderrábano F, Fort J y cols. Diferencias en la calidad de vida relacionada con la salud entre hombres y mujeres en tratamiento en hemodiálisis. *Nefrología* 2004(24)2:167- 178.
51. Faraj, B. A., Olkowski, L. Jackson, R. T. Expression of high-affinity serotonin transporter in human lymphocytes. *Int. J. Immunopharmac.* 1999;16:561-567.
52. Karkowski, L. M. y Kendler K. An examination of the genetic relationship between bipolar and unipolar illness in an epidemiological sample. *Psychiatr Genet.* 1997;4:159-163
53. Mathers CD, Loncar D (2006) Proyecciones de la mortalidad global y la carga de la enfermedad desde 2002 hasta 2030. *PLoS Med* 2006; 3: e442. doi:[10.1371/journal.pmed.0030442](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030442).
54. Carmichael P, Popoola J, John I, Stevens PE, Sarmichael AR: Assessment of quality of life in a single centre of dialysis population using the KDQOL-SFTM questionnaire. *Qual Life Res* 2000;9:195-205.



55. Mittal SK, Ahern L, Flaster E, Maesaka JK, Fishbane S: Selfassessed physical and mental function of haemodialysis patients *Nephrol Dial Transplant* 2001. 16: 1387-1394
56. Velarde JE, Ávila FC. Evaluación de la calidad de vida. *Salud pública de México* 2002; (44) 4:349-361.
57. Joyce A, Lacoviello J, Mag S, Nag S. End-stage renal disease associated managed care costs among patients with and without diabetes. *Diabetes Care* 2004 (27) 12;2829-2835
58. Moreno E, Arenas M, Porta E, Escalante L, Cant M, Serrano F. Estudio de la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes en hemodiálisis. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*. 2004 4(7) 17-25.
59. Harris LE, Luft FC, Rudy D, Tierney WM: Clinical correlates of functional status in patients with chronic renal insufficiency. *Am J Kidney Dis* 2003; 2:161-166.
60. Moreno F, López Gómez JM, Sanz-Guajardo D, Jofre R, Valderrábano F. On behalf of the Spanish cooperative renal patients quality of life study group. Quality of life in dialysis patients. A Spanish multicentre study. *Nephrol Dial Transplant* 2006; 11 (Supl. 2): 125-129
61. McKevitt PM, Jones JF, Marrion RR: The elderly on dialysis: physical and psychological functioning. *Dial Transplant* 1986;15: 130-137
62. Benazzi F. Late-life chronic depression: a 399-case study in private practice. *Int J Geriat Psychiatry*. 2000;15:1-6.
63. Gilmer WS, Trivedi MH, Rush AJ, et al. Factors associated with chronic depressive episodes: a preliminary report from the STAR-D project. *Acta Psychiatr Scand*. 2005;112:425-433.
64. Blazer, D.G. Depression in late life: Review and commentary. *The Journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*. 2003;58(3), 249-65.
65. Serby, M., y Yu, M. Overview: Depression in the elderly. *The Mount Sinai Journal of Medicine*. 2003; 70(1), 38-44.



ANEXO N° 1



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
POSTGRADO DE MEDICINA INTERNA

Consentimiento informado para el estudio: "PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA DE LA UNIDAD RENAL DEL AUSTRO, 2009"

Soy Edgar José León Astudillo, médico estudiante del Posgrado de Medicina Interna de la Universidad de Cuenca; he venido con el fin de entrevistarle y aplicar un test para saber si tiene o no depresión. Usted deberá contestar algunas preguntas, no existen riesgos para su salud; su participación es voluntaria; puede retirarse del proyecto en cualquier momento. Además, Usted no va a gastar ningún dinero en esta investigación.

Este trabajo es parte de mi tesis con la que obtendré el título de especialista en Medicina Interna.

En caso de que usted padezca depresión, notificaré al personal de UNIREAS para que reciba tratamiento adecuado. Además, durante la realización del trabajo encontraremos los factores que se relacionan con la aparición de esta enfermedad en Usted.

Libremente y sin presión alguna, yo _____ acepto ser incluido en esta investigación.

Firma del paciente

Firma del investigador

Fecha:.....



ANEXO N° 2



UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

POSTGRADO DE MEDICINA INTERNA

Formulario de enrolamiento para el estudio

“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA DE LA UNIDAD RENAL DEL AUSTRO. 2009.”

Nombre del paciente: -----

Fecha actual: día mes año

1. SEXO: Masculino: Femenino:

2. EDAD en años cumplidos:

3. PROCEDENCIA: Urbano: Rural:

4. NIVEL DE INSTRUCCIÓN: Analfabeto: Primaria: Secundaria:
Superior:

5. ESTADO CIVIL: Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a
Unión libre:

6. TIEMPO DE TRATAMIENTO CON HEMODIALISIS: Menos de 1 año:
De 1 a 4 años 11meses: De 5 a 8años 12m 10 o más años

7. SATISFACE CRITERIOS DE INCLUSION?: Si: No:

Si satisface los criterios de inclusión, asigne número de enrolamiento.

8. NUMERO DE ENROLAMIENTO

Firma del investigador _____



ANEXO N° 3



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSTGRADO DE MEDICINA INTERNA
Formulario #

Instrucciones: Por favor, lea íntegramente el grupo de afirmaciones de cada apartado y subraye la afirmación de cada grupo que mejor describa cómo se siente actualmente.

Fecha: Día/mes/año / /

1)

- No me siento triste.
- Me siento triste.
- Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.
- Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.

2)

- No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.
- Me siento desanimado con respecto al futuro.
- Siento que no puedo esperar nada del futuro.
- Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.

3)

- No me siento fracasado.
- Siento que he fracasado más que la persona normal.
- Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.
- Siento que como persona soy un fracaso completo.



4)

- Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes .
- No disfruto de las cosas como solía hacerlo.
- Ya nada me satisface realmente.
- Todo me aburre o me desagrada.

5)

- No siento ninguna culpa particular.
- Me siento culpable buena parte del tiempo.
- Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- Me siento culpable todo el tiempo.

6)

- No siento que esté siendo castigado.
- Siento que puedo estar siendo castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7)

- No me siento decepcionado en mí mismo.
- Estoy decepcionado conmigo.
- Estoy harto de mi mismo.
- Me odio a mi mismo.

8)

- No me siento peor que otros.
- Me critico por mis debilidades o errores.
- Me culpo todo el tiempo por mis faltas.
- Me culpo por todas las cosas malas que suceden.



9)

- No tengo ninguna idea de matarme.
- Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.
- Me gustaría matarme.
- Me mataría si tuviera la oportunidad.

10)

- No lloro más de lo habitual.
- Lloro más que antes.
- Ahora lloro todo el tiempo.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.

11)

- No me irrito más ahora que antes.
- Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.
- Me siento irritado todo el tiempo.
- No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.

12)

- No he perdido interés en otras personas.
- Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.
- He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
- He perdido todo interés en los demás.

13)

- Tomo decisiones como siempre.
- Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.
- Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
- Ya no puedo tomar ninguna decisión.



14)

- No creo que me vea peor que antes.
- Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a).
- Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a)..
- Creo que me veo horrible.

15)

- Puedo trabajar tan bien como antes.
- Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
- Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
- No puedo hacer ningún tipo de trabajo.

16)

- Puedo dormir tan bien como antes.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
- Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme

17)

- No me canso más de lo habitual.
- Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.
- Me canso al hacer cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.

18)

- Mi apetito no ha variado.
- Mi apetito no es tan bueno como antes.
- Mi apetito es mucho peor que antes.
- Ya no tengo nada de apetito.



19)

- Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.
- He perdido más de 2 kilos.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 6 kilos.

20)

- No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.
- Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estomago o constipación.
- Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.

21)

- No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.
- Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
- He perdido por completo mi interés por el sexo.

Firma del investigador: