

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE MEDICINA



CORRELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE HEMODIÁLISIS Y DEPRESIÓN EN
PACIENTES DE SALA DE HEMODIÁLISIS DEL DEPARTAMENTO DE
NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO, DR. JOSE ELEUTERIO
GONZÁLEZ

Por:

DR. ANTONIO DÍAZ QUIROZ

Como requisito parcial para obtener el grado de:

ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA

Febrero 2018

CORRELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE HEMODIÁLISIS Y DEPRESIÓN EN
PACIENTES DE SALA DE HEMODIÁLISIS DEL DEPARTAMENTO DE
NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO, DR. JOSE ELEUTERIO
GONZÁLEZ

Aprobación de la tesis:




DR. ROLANDO EFRAÍN DE LEÓN LUÉVANO

Director de Tesis



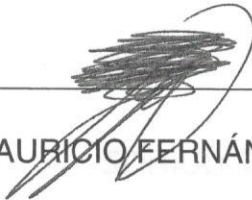
DR. ALFREDO BERNARDO CUÉLLAR BARBOZA

Coordinador de Enseñanza



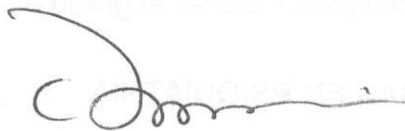
DR. ERASMO SAUCEDO URIBE

Coordinador de Investigación



DR. STEFAN MAURICIO FERNÁNDEZ ZAMBRANO

Jefe del Departamento de Psiquiatría



Dr. med. FELIPE ARTURO MORALES MARTÍNEZ

Subdirector de Estudios de Posgrado

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE MEDICINA



CORRELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE HEMODIÁLISIS Y DEPRESIÓN EN
PACIENTES DE SALA DE HEMODIÁLISIS DEL DEPARTAMENTO DE
NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO, DR. JOSE ELEUTERIO
GONZÁLEZ

Por:

DR. ANTONIO DÍAZ QUIROZ

Como requisito parcial para obtener el grado de:

ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA

Febrero 2018

CORRELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE HEMODIÁLISIS Y DEPRESIÓN EN
PACIENTES DE SALA DE HEMODIÁLISIS DEL DEPARTAMENTO DE
NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO, DR. JOSE ELEUTERIO
GONZÁLEZ

Aprobación de la tesis:

DR. ROLANDO EFRAÍN DE LEÓN LUÉVANO

Director de Tesis

DR. ALFREDO BERNARDO CUÉLLAR BARBOZA

Coordinador de Enseñanza

DR. ERASMO SAUCEDO URIBE

Coordinador de Investigación

DR. STEFAN MAURICIO FERNÁNDEZ ZAMBRANO

Jefe del Departamento de Psiquiatría

Dr. med. FELIPE ARTURO MORALES MARTÍNEZ

Subdirector de Estudios de Posgrado

DEDICATORIA

A la vida.

AGRADECIMIENTOS

A todos.

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo I	Página
1. RESÚMEN.	1
Introducción	
Objetivo	
Material y Métodos	
Resultados	
Conclusiones	
Capítulo II	
2. INTRODUCCIÓN.	3
Hemodiálisis	
Trastorno Depresivo Mayor en Hemodialisis	
Capítulo III	
3. HIPÓTESIS.	7
Hipótesis	
Hipótesis nula	

Capítulo IV

4. OBJETIVOS 8

Definición del problema

Justificación

Objetivo general

Objetivos particulares

Capítulo V

5. MATERIALES Y MÉTODOS..... 10

Diseño metodológico

Población y muestra

Criterios de inclusión

Criterios de exclusión

Criterios de eliminación

Consideraciones éticas

Calculo del tamaño de la muestra

Análisis estadístico

Instrumentos

Procedimiento

Capítulo VI

6. RESULTADOS.....	14
--------------------	----

Capítulo VII

7. DISCUSIÓN.....	16
-------------------	----

Fortalezas y debilidades

Capítulo VIII

8. CONCLUSIONES.....	18
----------------------	----

Capítulo IX

9. ANEXOS.....	19
----------------	----

9.1 INVENTARIO DE BECK

Capítulo X

10.BIBLIOGRAFÍA.....	31
----------------------	----

LISTA DE ABREVIATURAS

ERC: Enfermedad Renal Crónica

ERT: Enfermedad Renal Terminal

TDM: Trastorno Depresivo Mayor

IDB: Inventario de Beck

HTA: Hipertensión Arterial

DMII: Diabetes Mellitus tipo 2

CAPÍTULO I

RESUMEN

Introducción: La hemodiálisis es un tratamiento que se utiliza en la Enfermedad Renal Terminal (ERT) para el resto de la vida del sujeto; la cual se asocia con retos físicos y psicológicos (1) (2)

La prevalencia del Trastorno Depresivo Mayor (TDM) en los pacientes con ERT varía entre un 20-30% (1)(4)(5). El TDM es frecuente pero de difícil diagnóstico porque ésta sintomatología se traslapa con las condiciones físicas propias de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) (2).

Objetivo: En el presente estudio se busca determinar si el tiempo que lleva un paciente en tratamiento en hemodiálisis es un factor agravante en la sintomatología depresiva. También se busca Identificar la prevalencia de depresión en los pacientes sometidos a hemodiálisis, sintomatología depresiva previa, edad, comorbilidades y datos demográficos pertinentes de la población en hemodiálisis.

Material y Métodos: Se utilizó el Inventario de Beck (IB) para identificar la sintomatología depresiva. Se aplicó el IB a los pacientes sometidos a hemodiálisis en la unidad de hemodiálisis del Hospital Universitario en los cuatro turnos. Además, se recolectaron datos sociodemográficos de cada paciente. El análisis estadístico se realizó con IBM SPSS versión 20. El análisis se realizó

por correlación simple y bivariada de Spearman, análisis de frecuencias, T de student y ANOVA. Se calculó el alfa de Cronbach de los instrumentos

Resultados: El universo fue de 110 pacientes, de los cuales 6 pacientes no respondieron el IB y 9, no se presentaron a su sesión, por lo que se trabajó con un total de 95 pacientes. La participación fue de un 90.47% de los pacientes. Del total de pacientes, fueron 48 hombres y 47 mujeres. El estado civil más frecuente fue *soltero* (41), *desempleado* (71), de religión católica (69). Pacientes con comorbilidades se detectaron con Diabetes Mellitus tipo II (DMII) (3), Hipertensión Arterial (HTA) (19), DMII e HTA (32), DMII, HTA y otra (18) Se encontró un porcentaje total de 31.57% de depresión.

Conclusiones: El porcentaje de población deprimida en hemodiálisis reportada en la literatura (20-30%) coincide con el obtenido en los resultados (31.5%). No se encontró alguna relación entre el tiempo de haber iniciado la hemodiálisis y la sintomatología depresiva, por lo que podemos decir que en nuestro estudio que estos dos factores no se ven relacionados.

Dentro de los hallazgos, se encontró que las personas que padecían DMII, HTA y otra comorbilidad, el promedio de los resultados del IDB obtenidos por los pacientes fue de 17.88, siendo este un puntaje categorizado para Depresión.

CAPÍTULO II

INTRODUCCIÓN

HEMODIALISIS

La Hemodiálisis es un tratamiento que se utiliza por el resto de la vida del paciente con enfermedad renal terminal, la cual se asocia con retos físicos y psicológicos que no solo afectan al paciente, sino a los miembros de la familia que cuidan de él (11) (12).

De entre los 62,903 pacientes que se sometieron a terapia de remplazo renal en el 2010 en Estados Unidos de América, el 78.7% se sometieron a hemodiálisis, un 12.5% a trasplante renal y 8.8% a diálisis peritoneal³. La hemodiálisis es un tratamiento primario ampliamente utilizado, el cual habitualmente consiste en sesiones de 2 a 3 veces por semana, cada sesión tiene una duración aproximada de 4 horas. (13) (14).

La ERC se está volviendo un problema mayor de la salud pública. (6) Se espera que continúe creciendo a una tasa de 7%y que costaría para el 2010, 1.1 trillones de dólares (6).

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN HEMODIALISIS

La depresión es común pero de difícil diagnóstico porque la sintomatología se traslapa entre sintomatología depresiva y sintomatología debida a la IRC (2). Se asocia con disminución de calidad de vida, incremento en la prevalencia de problemas cardiovasculares y un aumento de la mortalidad (2). También puede reducir el comportamiento de auto-cuidado por lo tanto, un mayor gasto de recursos de servicios de salud (2). Aunque se han tratado las complicaciones de la IRC como la anemia, hiperfosfatemia e hiperparatiroidismo secundario, no ha mostrado mejorías significativas en autoreportes físicos o de salud mental en pacientes en diálisis (4). Aun así, la depresión es subdiagnosticada reflejando la carencia de evaluación psicológica de rutina en esta población (5). El Inventario de Depresión de Beck (IDB) es una herramienta empleada para identificar depresión validada (5). El IDB es una de las herramientas más comúnmente usadas para cribado de depresión en la población de diálisis ya que es una herramienta autoaplicada que mide síntomas afecto-cognitivos y síntomas somáticos (5). Se considera que el IDB como instrumento estándar para observar síntomas depresivos y como cribado para depresión clínica (10). La etiología de la depresión en la diálisis es multifactorial y relacionado al mecanismo bio-psico-social (5). Mecanismos biológicos incluyen niveles elevados de citosina y posible predisposición genética (5), hipertensión, hipoglicemia, toxicidad por aluminio, alteraciones electrolíticas y demencia por diálisis pudieran formar parte de la depresión (7). Entre los aspectos

psicosociales incluyen desesperanza, pérdida del control, pérdida de empleo y relaciones sociales y familiares alteradas (5). La fatiga es un síntoma que experimentan el 60% - 97% pacientes en hemodiálisis que se correlaciona con calidad de vida negativa (5). Pacientes con ERC muestran una correlación entre niveles de Proteína C reactiva y en puntajes de escalas autoaplicadas (8). También se ha encontrado correlación entre el dolor y depresión clínica (8). Se ha ligado también a un proceso inflamatorio (9). La ERC muestra síntomas similares a la depresión como la fatiga, insomnio y bajo apetito, sugiriendo una fuente común en el Sistema Nervioso Central al estado crónico en la ERC (8). Pacientes en diálisis usualmente no les agrada el tratamiento, sufren por el estilo de vida, tienen problemas financieros y culpa por los cuidados que les ofrecen sus familiares (8) que son factores que pudieran favorecer a la aparición del TDM. No está claro como la iniciación de la diálisis pueda afectar a la presencia de depresión debido a la pérdida de las funciones corporales, laborales o familiares (9). Se ha observado que en Estados Unidos y en Suecia, han sido diagnosticados con mayores síntomas depresivos que en otros países (10), así también como en Japón, médicos no reconocen síntomas depresivos por el estigma que se le tiene a los trastornos mentales en la sociedad de ese país (10).

La prevalencia del TDM en la población general es aproximadamente de 1.1%-15% para los hombres y 1.8%-23% para las mujeres (5). La prevalencia

del TDM en etapa 5 de la ERC varía entre un 20-30%(1)(4)(5). La prevalencia de ERC etapa 5 en Estados Unidos es mayor a medio millón de personas con 400 mil en diálisis (4). . Dada la asociación entre depresión y eventos cardiovasculares y mortalidad, y el exceso de muertes cardiovasculares en la ERC (1), sufren de más hospitalizaciones y tienen menor calidad de vida que los que no tienen depresión (3).

Se tiene como propuesta de cribado para la depresión en pacientes con ERC en hemodiálisis al inicio del tratamiento, y pudiera ser que a los 6 meses y después anualmente (1) con cuestionarios autoaplicados (1). Se estima que la prevalencia de depresión en esta población sea de 40% basados en cuestionarios autoaplicados y alrededor de 20% en la entrevista psiquiátrica (2). Expertos han mencionado que los primeros 3-6 meses de diálisis es un momento inestable y periodo crítico donde los niveles de depresión pueden cambiar durante el tiempo (5), sin embargo, la evaluación durante los primeros 6 meses es complicado por ser un periodo traumático (5). Los pacientes se tienen que ser reevaluados cada 3-4 meses para determinar si ha habido cambios (5). Aunque ha aumentado la literatura en este tema, existe una brecha extensa entre el tratamiento del TDM en pacientes con ERC (9). El cribado para depresión sugiera que puede identificar pacientes con riesgo de muerte y hospitalización (10).

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

Hipótesis

El paciente con mayor tiempo de haber iniciado la hemodiálisis, presentará mayor puntaje reportado en el Inventario de Depresión de Beck.

Hipótesis Nula

El paciente con mayor tiempo de haber iniciado la hemodiálisis, no presentará mayor puntaje reportado en el Inventario de Depresión de Beck.

CAPÍTULO IV

OBJETIVOS

Definición del Problema

Los pacientes con ERC en hemodiálisis comparten síntomas con aquellos que padecen TDM. Es un reto diferenciar síntomas depresivos de los síntomas urémicos. Se desconoce si los síntomas depresivos se encuentran mayormente al inicio de la hemodiálisis, por la condición clínica del paciente, o a mayor tiempo del tratamiento, por el constante trauma que conlleva la hemodiálisis en el que se ve involucrado el tiempo dedicado al tratamiento.

Justificación

En este protocolo se buscará identificar en qué momento de la hemodiálisis será pertinente evaluar al paciente para descartar el TDM ya que su identificación oportuna disminuiría la probabilidad de duplicar el riesgo de muerte en el siguiente año además de disminuir costos por hospitalizaciones por otras complicaciones en pacientes con esta comorbilidad psiquiátrica.

Objetivo General

- Analizar la sintomatología depresiva en función del tiempo de la iniciación de la hemodiálisis

.

Objetivos Particulares

- Identificar la prevalencia de depresión en paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis.
- Aplicar IDB a paciente seleccionado (con ERC en hemodiálisis) al inicio.
- Identificar datos demográficos en pacientes seleccionados (con ERC en hemodiálisis)
- Identificar etiología de enfermedad renal crónica en pacientes seleccionados (con enfermedad renal crónica en hemodiálisis)

CAPÍTULO V

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño Metodológico

Diseño del Estudio: Cuantitativo

Tipo de Estudio: Observacional, Transversal

Población y muestra

La muestra estuvo conformada por todos los pacientes con Enfermedad Renal Terminal sometidos a hemodiálisis en la sala de Hemodiálisis del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” en los cuatro turnos del día durante el mes de julio del 2016.

Criterios de inclusión

Hombre o mujer mayor o igual a 18 años de edad con diagnóstico de ERT que se encuentre en hemodiálisis en la sala de Hemodiálisis del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González.

Criterios de exclusión

Pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal aguda.

Pacientes con alguna discapacidad o impedimento motor que le incapaciten realizar la tarea.

Pacientes con alguna discapacidad intelectual que le impidan el entendimiento del llenado del instrumento.

Pacientes que se nieguen a participar.

Criterios de eliminación

Pacientes que no logren completar el IDB.

Consideraciones éticas

El presente estudio se realizó con una exención del consentimiento informado debido a que se trata de la aplicación de un instrumento de calidad diagnóstica donde es beneficiado el paciente.

De manera individual se solicitó el consentimiento de participación para el llenado del instrumento de manera verbal a paciente. A los pacientes que cumplan con puntaje para Depresión, se referirán al servicio de Medicina de Enlace del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González para que reciban el seguimiento adecuado

Se utilizaron las iniciales del nombre y número de registro para mantener la confidencialidad, además de mantener la papelería recabada en caja bajo llave.

Calculo del tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra fue la totalidad de los pacientes que se encontraban con diagnóstico de ERT en hemodiálisis. Se trabajó con el Universo de los pacientes.

Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó con el software IBM SPSS versión 20 (SPSS, Inc., Armon, NY).

Instrumentos

Inventario de Depresión de Beck (Ver anexo)

Procedimiento

Se obtuvo el censo de pacientes que se encontraban en hemodiálisis donde se observaban los turnos y datos generales.

Posteriormente se acudió en estos horarios buscando localizar a la totalidad de los pacientes a quienes se les aplicó el IDB mientras se encontraban siendo sometidos a hemodiálisis, esto respetando las recomendaciones del equipo de técnicos del área referentes a los estados clínicos de los paciente y siguiendo las medidas de asepsia pertinentes, se explicó el objetivo del estudio y se solicitó el consentimiento verbal.

La información obtenida fue vaciada en una base de datos con la cual se trabajó posteriormente para el análisis estadístico. En dicha base de datos se utilizó una codificación propia para proteger la confidencialidad de los sujetos de investigación con acceso restringido.

CAPÍTULO VI

RESULTADOS

La distribución de género en el estudio fue un total de 48 hombres y 47 mujeres dando así un 51% y 49% respectivamente como se observa en el gráfico A. El estado civil mayoritario de los pacientes encuestados fue de soltero con un 44%. Les continúan casado (33%), viudo (11%), unión libre (8%) y divorciado (4%) (Gráfico B).

La escolaridad predominante fue primaria, con un 40% seguido de secundaria, con un 26%. La población con licenciatura fue de 11%, la de preparatoria, 10%, la de técnica fue 8% y ninguna fue 5%. (Gráfico C). En el gráfico D se observa la ocupación, donde la gran mayoría se encuentra desempleado (76%). El resto fueron profesionista (14%), técnico (4%), y estudiante (3%) y pensionado (3%). De esta población, un 48% refiere que ya no realiza actualmente sus labores (Gráfico G).

La religión predominante fue la Católica, con un 76%. Le siguen la Cristiana (17%), Ninguna (4), Atea (2%), Testigo de Jehová (1%).

Las comorbilidades médicas fueron datos que se dividieron en HTA y DMII. Estas tuvieron un 21% y un 3% respectivamente. Al agrupar las comorbilidades se obtuvieron un 35% DMII y HTA, 20% DMII, HTA, y otra comorbilidad, 13% HTA y otra comorbilidad, 6% otros, y 2% ninguna (Gráfico F). Asimismo, se promedió el puntaje obtenido en el IDB con esta misma

distribución y se obtuvo 9 para HTA, 11 para DMII, 13 para DMII + HTA, y 17 para DMII + HTA + otra comorbilidad.

El tiempo que pasaron en hemodiálisis se distribuyó por 24 meses. El porcentaje de pacientes mayor porcentaje de distribución fue el de 0-24 meses con un 61% de la población, siguiéndole de 25-48 meses con 23%. Le siguen 49-72 meses, 73-96 meses, 96-120 meses y 120-150 meses con un 12%, 2%, 1% y 1%. (Gráfico H).

Un 39% refirió haber presentado síntomas depresivos al inicio de la hemodiálisis. (Gráfico J) y un 32% presentó síntomas depresivos reportados en el IDB. Un total de 19% presentó antecedente de diálisis peritoneal.

Se obtuvo el puntaje obtenido en el IDB con los pacientes que laboran/no laboran obteniendo una media de 8 y 15 puntos respectivamente. (Gráfico L).

Se correlacionaron la edad, tiempo de diagnóstico, tiempo de hemodiálisis y el puntaje de depresión en el IDB. De los datos anteriores se obtuvieron los resultados que se encuentran en el gráfico N. Hubo una correlación negativa entre el tiempo de diagnóstico y la edad. No existió una correlación significativa entre el puntaje del IDB y el tiempo que se lleva en hemodiálisis.

CAPÍTULO VII

DISCUSIÓN

Se cuestiona si el tiempo en hemodiálisis pudiera ser un factor determinante para la detección de TDM para futuras investigaciones. Se obtuvo la distribución de los pacientes en cuanto a tiempo en hemodiálisis por 24 meses, pero no se obtuvo la evolución de los pacientes a través del tiempo, la cual pudiera ser de relevancia y pudiera cambiar el resultado.

Separando por grupo de comorbilidad y puntaje en el IDB se obtuvo que las personas con HTA y DMII y otra comorbilidad obtuvieron un puntaje mayor en el IDB. Este dato se debe de tomar con precaución ya este resultado se obtuvo con solo 18 pacientes. Sería de importancia que se obtuviera una población más grande para poder determinar si es significativa.

Para un estudio de seguimiento, se pudiera observar a los pacientes que fueron referidos a tratamiento y medir su evolución.

Fortalezas

- Medición del universo de pacientes

- Aplicación clínica
- Detección de Trastorno Depresivo Mayor

Debilidades:

- Sesgo de memoria en recordar síntomas depresivos anteriormente
- Diseño transversal que no permitió ver la evolución a lo largo del tiempo de manera individual de cada paciente.

CAPÍTULO VIII

CONCLUSIONES

Existe una población casi equitativa en cuanto a género en la sala de hemodiálisis (hombres 51%, mujeres 49%). Se obtuvo un total de 31.57% de población con depresión utilizando el IDB que corresponde al reportado en la literatura.

El mayor porcentaje de personas en sala de hemodiálisis se encuentra en los primeros 24 meses de haberla iniciado

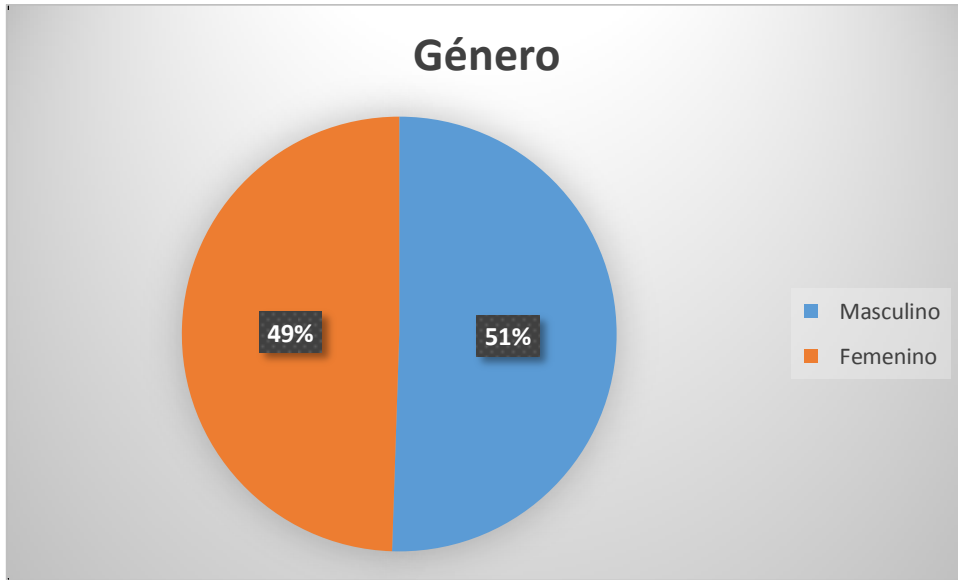
En cuanto a la hipótesis, se corrobora la hipótesis nula al no existir correlación entre el tiempo en hemodiálisis y presentar mayores síntomas depresivos. No se ha determinado el momento indicado para aplicar el IDB o algún otro instrumento que mida síntomas depresivos, ya que en este estudio no se ha identificado en qué tiempo los síntomas depresivos se manifiestan mayormente.

Se obtuvo que los pacientes que presentan HTA + DMII mas otra comorbilidad, presentan un mayor puntaje en el IDB, mostrando que esta población pudiera estar en mayor riesgo de presentar un TDM. Se sugiere aplicar el IDB o alguna otra escala para detectar TDM a pacientes que presenten estas comorbilidades.

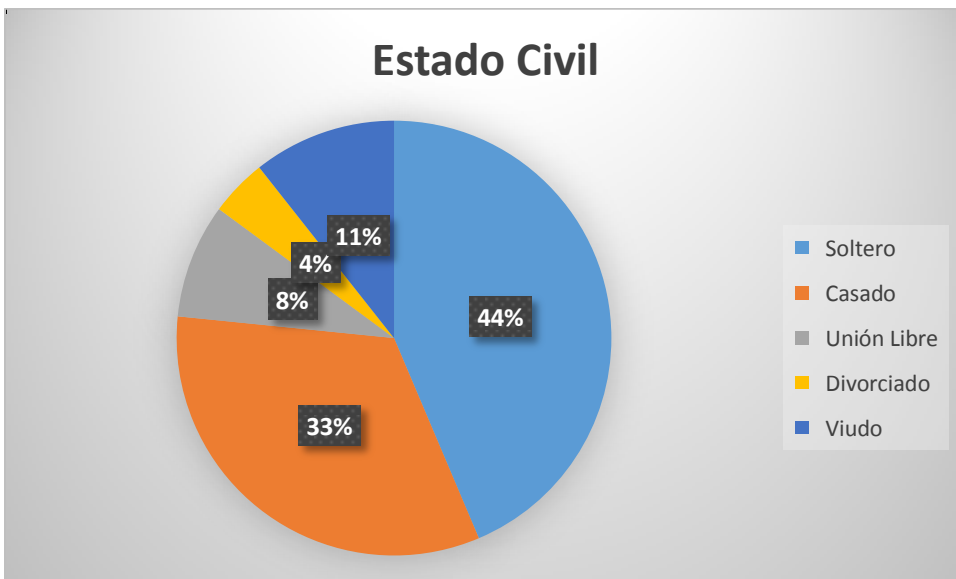
CAPÍTULO IX

ANEXOS

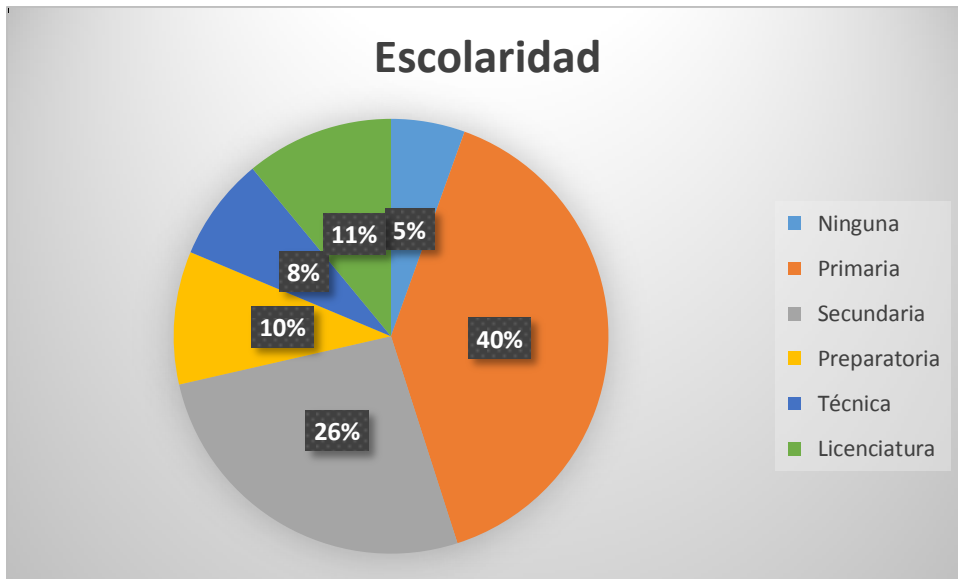
A)



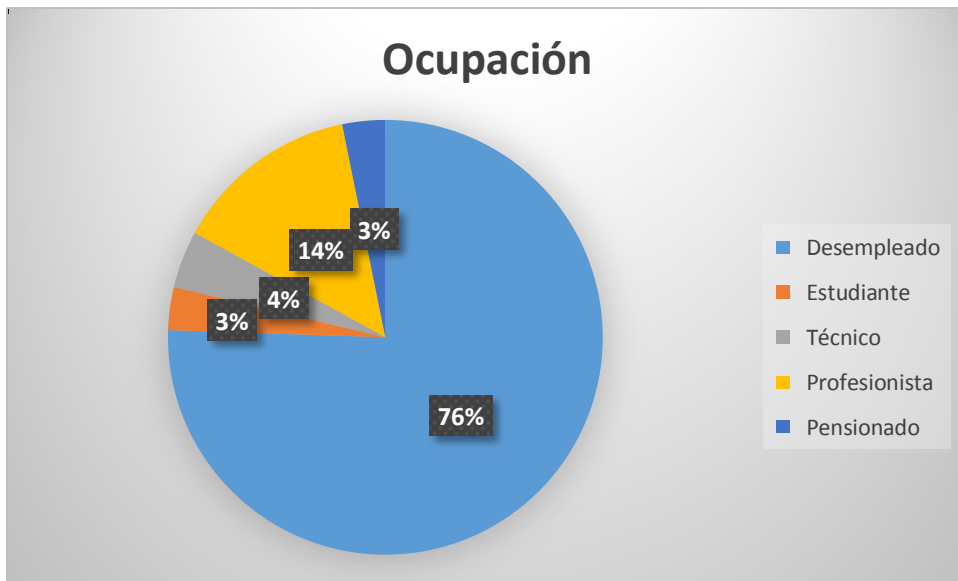
B)



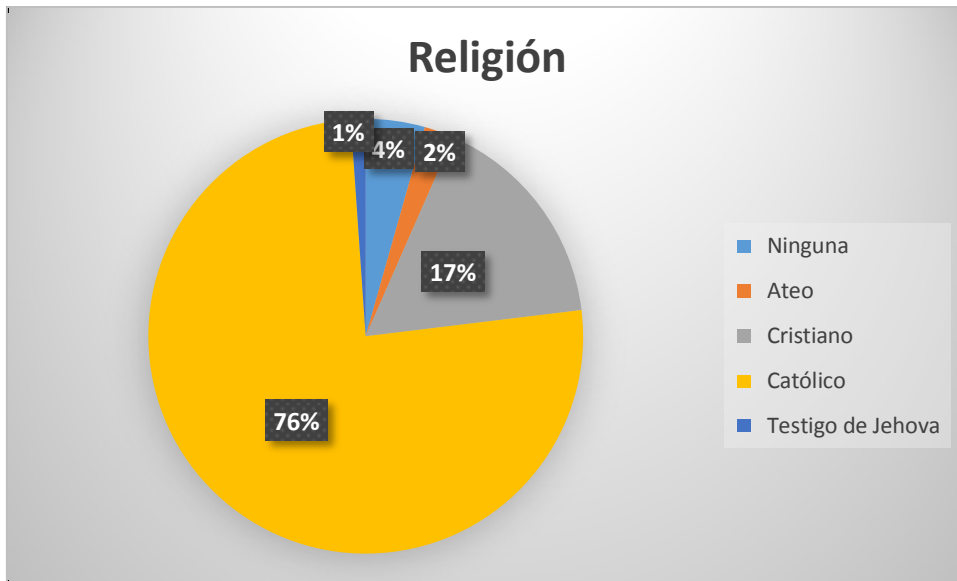
C)



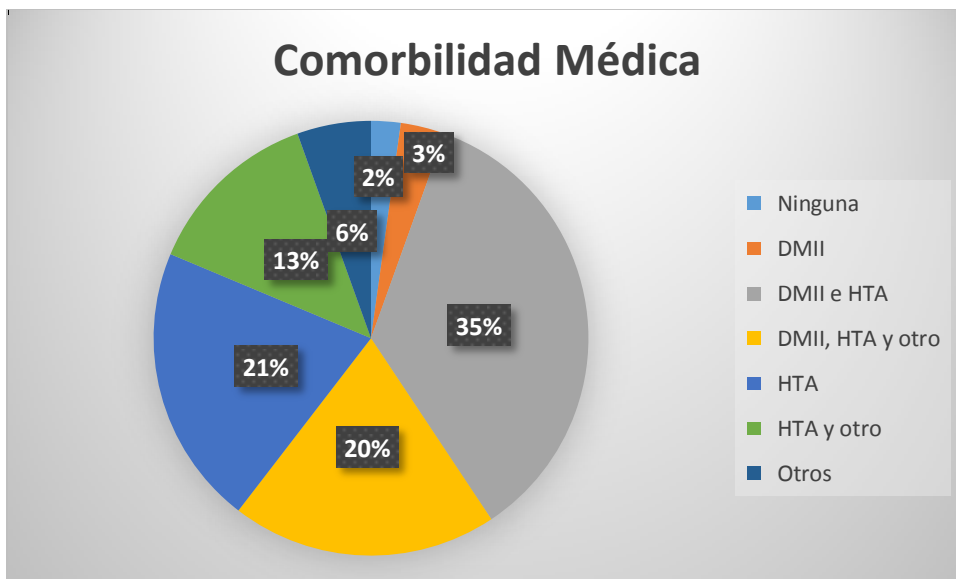
D)



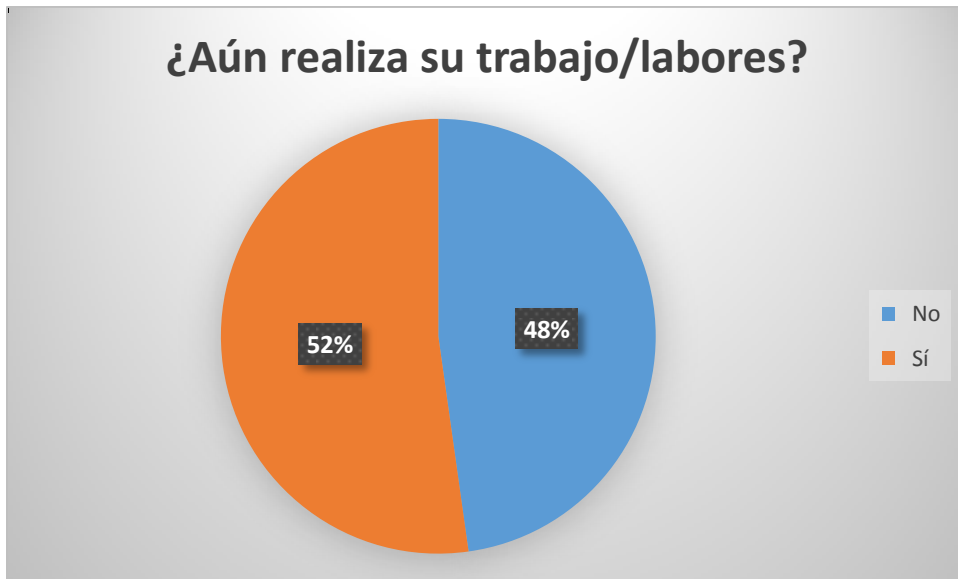
E)



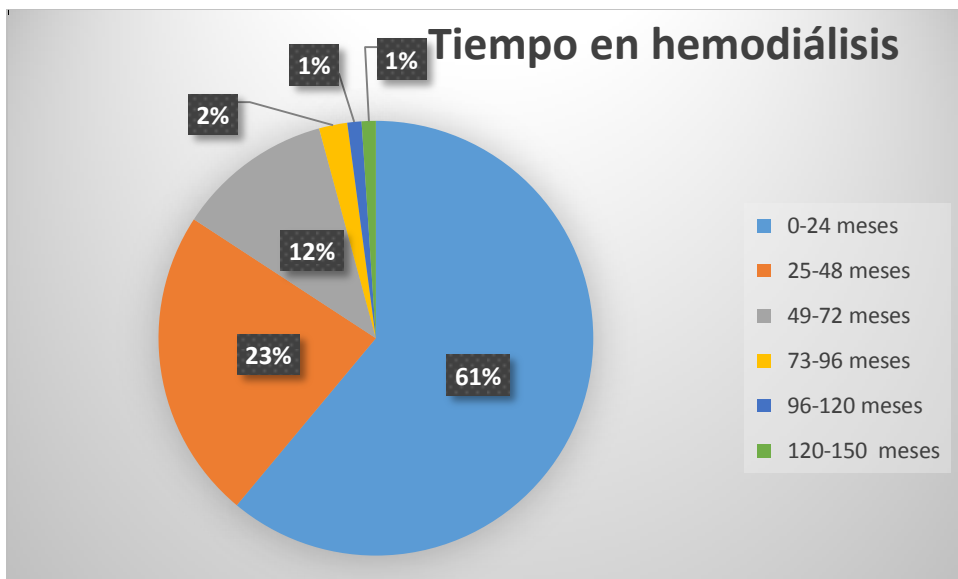
F)



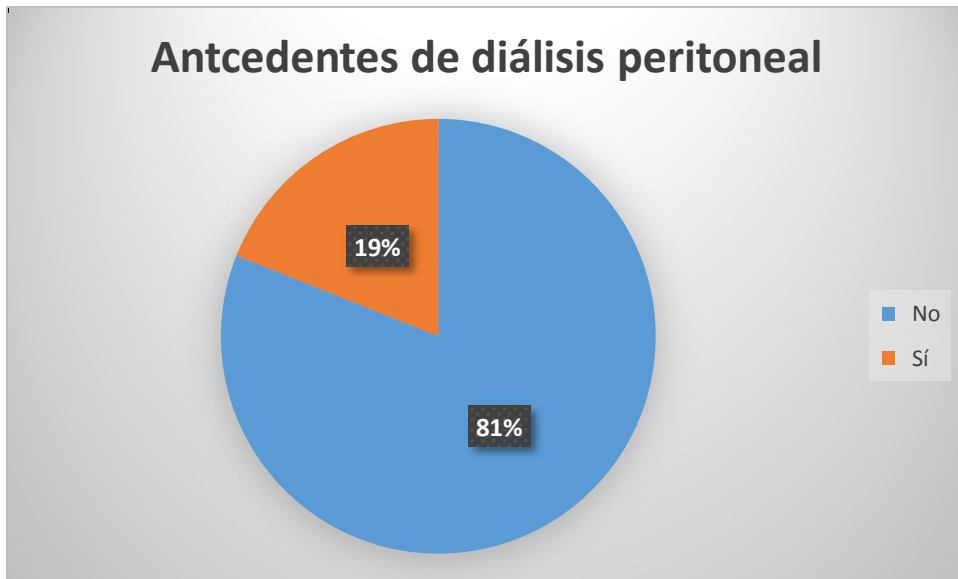
G)



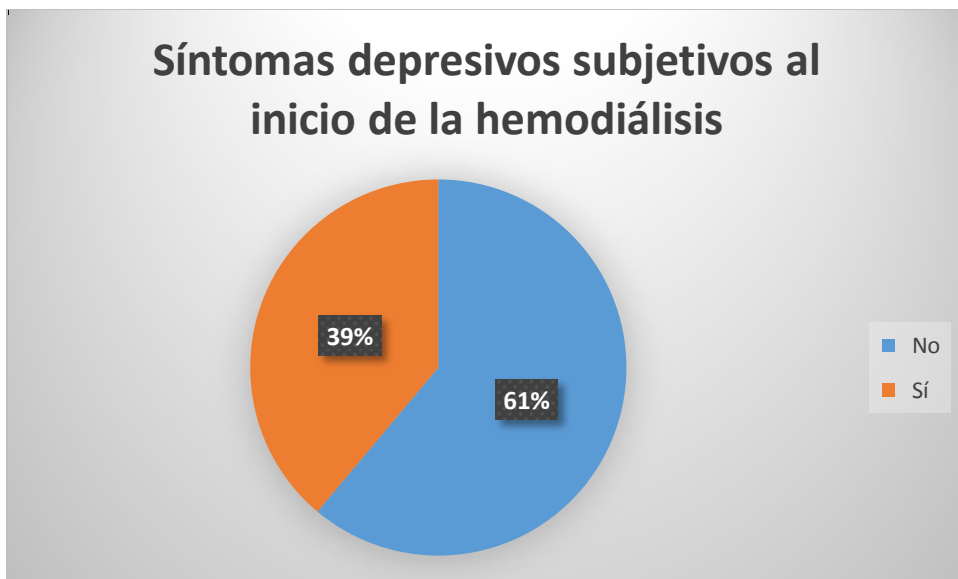
H)



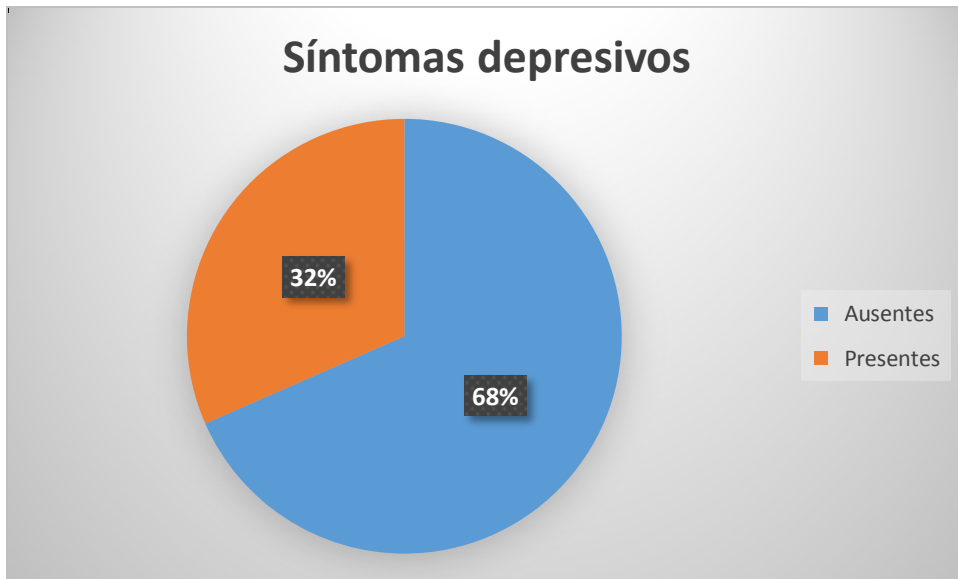
I)



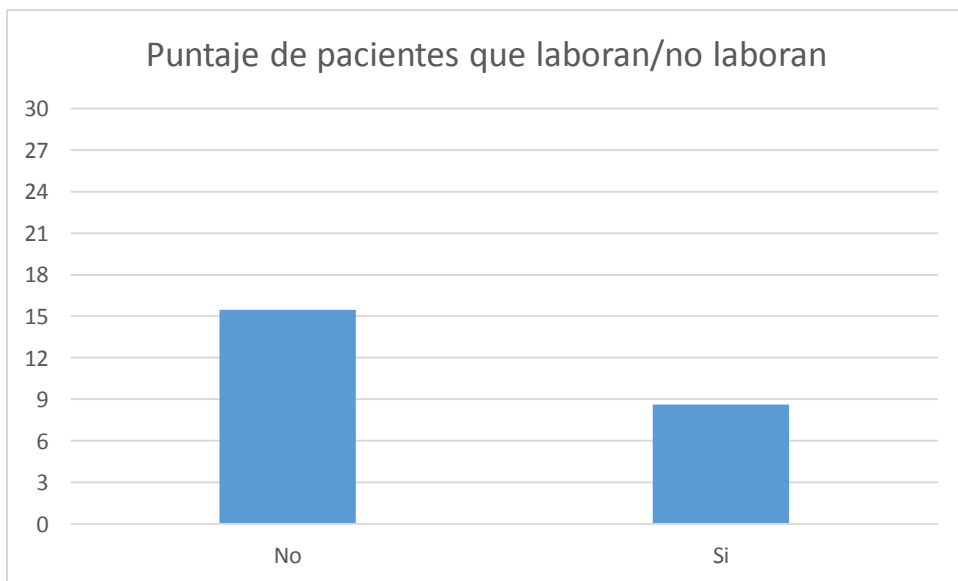
J)



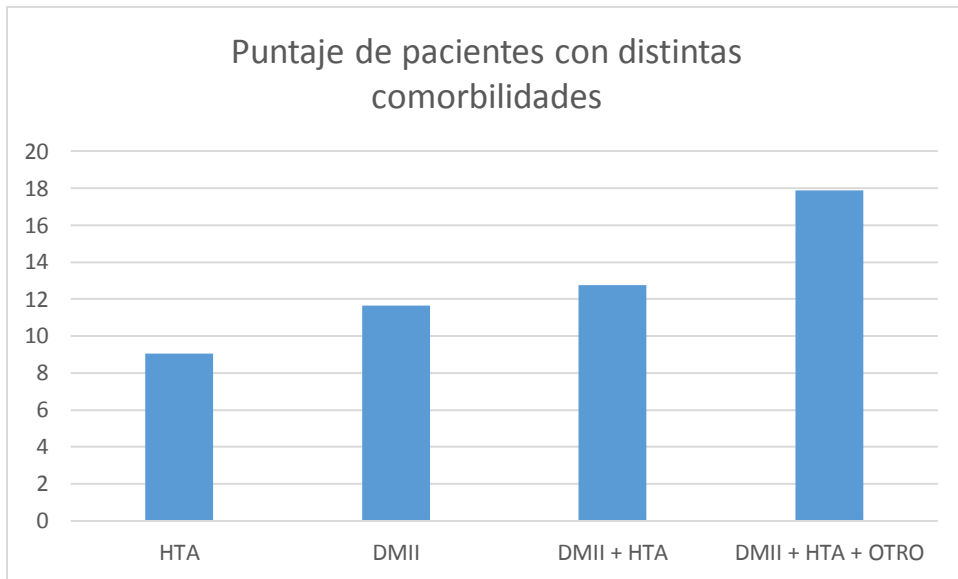
K)



L)



M)



N)

Tabla de Correlaciones

	1	2	3	4
1. Edad	1			
2. Tiempo de diagnóstico	-0.205	1		
3. Tiempo en hemodiálisis	-0.131	0.71	1	
4. Total Depresión	0.231	-0.114	-0.048	1

* La correlación es significativa al nivel 0.05

** La correlación es significativa al nivel 0.01

3 [] Siento que no hay esperanza para el futuro y que las cosas no pueden mejorar.

3. 0 [] No me siento como fracasado.
1 [] Siento que he fracasado más que otras personas.
2 [] Conforme veo hacia atrás en mi vida, todo lo que puedo ver son muchos fracasos.
3 [] Siento que como persona soy un completo fracaso.

4. 0 [] Obtengo tanta satisfacción de las cosas como siempre.
1 [] No disfruto de las cosas como antes.
2 [] Ya no obtengo satisfacción de nada.
3 [] Estoy insatisfecho y molesto con todo

5. 0 [] No me siento culpable.
1 [] En algunos momentos me siento culpable.
2 [] La mayor parte del tiempo me siento algo culpable.
3 [] Me siento culpable todo el tiempo.

6. 0 [] No siento que seré castigado.
1 [] Siento que puedo ser castigado.
2 [] Creo que seré castigado.
3 [] Siento que estoy siendo castigado.

7. 0 [] No me siento descontento conmigo mismo

mismo.		1	[]	Me siento descontento conmigo
mismo.		2	[]	Me siento a disgusto conmigo
		3	[]	Me odio a mí mismo.
8.	0		[]	No siento que sea peor que otros.
debilidad y mis errores.		1	[]	Me crítico a mí mismo por mi
mis errores		2	[]	Me culpo todo el tiempo por
sucede.		3	[]	Me culpo por todo lo malo que
9.	0		[]	No tengo ninguna idea acerca de
suicidarme.				
no lo haría		1	[]	Tengo ideas de suicidarme pero
		2	[]	Quisiera suicidarme.
oportunidad.		3	[]	Me suicidaría si tuviera la
10.	0		[]	No lloro más que de costumbre.
		1	[]	Lloro más que antes.
		2	[]	Lloro todo el tiempo.
puedo aunque quisiera.		3	[]	Podría llorar pero ahora no
11.	0		[]	Ahora no estoy más irritable que antes.
fácilmente que antes.		1	[]	Me molesto o irrito más
tiempo.		2	[]	Me siento irritado todo el
cosas que antes me irritaba.		3	[]	No me irrito para nada con las
12.	0		[]	No he perdido el interés en la gente.

antes. 1 [] No me interesa la gente como
mi interés en la gente. 2 [] He perdido la mayor parte de
gente. 3 [] He perdido todo el interés en la

13. 0 [] Tomo decisiones tan bien como siempre.
frecuencia que antes. 1 [] Pospongo decisiones con más
decisiones. 2 [] Se me dificulta tomar
nada. 3 [] No puedo tomar decisiones en

14. 0 [] No siento que me vea más feo que antes.
y feo. 1 [] Me preocupa que me vea viejo
permanentes en mi apariencia que hacen que me vea feo. 2 [] Siento que hay cambios
3 [] Creo que me veo horrible.

15. 0 [] Puedo trabajar tan bien como antes.
extra para iniciar algo. 1 [] Tengo que hacer un esfuerzo
cualquier cosa. 2 [] Tengo que obligarme a hacer
3 [] No puedo trabajar para nada.

16. 0 [] Duermo tan bien como antes.
antes. 1 [] No duermo tan bien como
de lo acostumbrado y me es difícil volver a dormirme. 2 [] Me despierto 1 ó 2 horas antes
3 [] Me despierto muchas horas
antes de mi hora acostumbrada y no puedo volver a dormirme.

17. 0 [] No me canso más de lo habitual.

1 [] Me canso más fácilmente que antes.

2 [] Me canso de hacer casi cualquier cosa.

3 [] Me siento muy cansado de hacer cualquier cosa.

18 0 [] Mi apetito no ha disminuido.

1 [] No tengo tan buen apetito como antes.

2 [] Ahora tengo mucho menos apetito.

3 [] He perdido completamente el apetito.

19. 0 [] No he perdido peso o casi nada.

1 [] He perdido más de 2.5 kilos.

2 [] He perdido más de 5 kilos.

3 [] He perdido más de 7.5 kilos.

(Estoy a dieta SI NO).

20. 0 [] Mi salud no me preocupa más que antes.

1 [] Me preocupan molestias como dolor de cabeza, malestar estomacal o estreñimiento.

2 [] Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que es difícil que pueda pensar en otra cosa.

3 [] Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que no puedo pensar en otra cosa.

21. 0 [] Mi interés por el sexo es igual que antes.

1 [] Estoy menos interesado en el sexo que antes.

2 [] Ahora estoy mucho más interesado en el sexo que antes.

3 [] He perdido completamente el interés en el sexo.

TOTAL:

[_____]

CAPITULO X

BIBLIOGRAFIA

1. Susan Hedayati, S., Yalamanchili, V., & Finkelstein, F. (2012). A practical approach to the treatment of depression in patients with chronic kidney disease and end-stage renal disease. *Kidney International*, 81(3), 247-255. <http://dx.doi.org/10.1038/ki.2011.358>
2. Friedli, K., Almond, M., Day, C., Chilcot, J., Gane, M., & Davenport, A. et al. (2015). A study of sertraline in dialysis (ASSertID): a protocol for a pilot randomised controlled trial of drug treatment for depression in patients undergoing haemodialysis. *BMC Nephrol*, 16(1). <http://dx.doi.org/10.1186/s12882-015-0170-x>
3. Nagler, E., Webster, A., Vanholder, R., & Zoccali, C. (2012). Antidepressants for depression in stage 3-5 chronic kidney disease: a systematic review of pharmacokinetics, efficacy and safety with recommendations by European Renal Best Practice (ERBP). *Nephrology Dialysis Transplantation*, 27(10), 3736-3745. <http://dx.doi.org/10.1093/ndt/gfs295>
4. Unruh, M., Larive, B., Chertow, G., Eggers, P., Garg, A., & Gassman, J. et al. (2013). Effects of 6-Times-Weekly Versus 3-Times-Weekly Hemodialysis on Depressive Symptoms and Self-reported Mental Health: Frequent Hemodialysis

Network (FHN) Trials. American Journal Of Kidney Diseases, 61(5), 748-758.
<http://dx.doi.org/10.1053/j.ajkd.2012.11.047>

5. Bowirrat, A., Armaly, Farah, Bisharat, Abd El Qader, & Jabbour, et al. (2012). Major depressive disorders in chronic hemodialysis patients in Nazareth: identification and assessment. NDT, 329. <http://dx.doi.org/10.2147/ndt.s31903>

6. Chiang, H., Livneh, H., Yen, M., Li, T., & Tsai, T. (2013). Prevalence and correlates of depression among chronic kidney disease patients in Taiwan. BMC Nephrol, 14(1), 78. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2369-14-78>

7. De Sousa, A. (2008). Psychiatric issues in renal failure and dialysis. Indian J Nephrol, 18(2), 47. <http://dx.doi.org/10.4103/0971-4065.42337>

8. Zalai, D., Szeifert, L., & Novak, M. (2012). Psychological Distress and Depression in Patients with Chronic Kidney Disease. Seminars In Dialysis, 25(4), 428-438. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-139x.2012.01100.x>

9. Jain, N., Trivedi, M., Rush, A., Carmody, T., Kurian, B., & Toto, R. et al. (2013). Rationale and design of the Chronic Kidney Disease Antidepressant Sertraline Trial (CAST). Contemporary Clinical Trials, 34(1), 136-144. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cct.2012.10.004>

10. Lopes, A., Albert, J., Young, E., Satayathum, S., Pisoni, R., & Andreucci, V. et al. (2004). Screening for depression in hemodialysis patients: Associations with diagnosis, treatment, and outcomes in the DOPPS. Kidney International, 66(5), 2047-2053. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-1755.2004.00977.x>

11. Colaizzi, P. F. (1978). Psychological research as the phenomenologist views it.
12. Serdengeçti, K., Süleymanlar, G., & Altıparmak, M. R. (2010). National Hemodialysis, Transplantation and Nephrology Registry Report of Turkey, 2010. Turkish Society of Nephrology. Metris Press, Istanbul, Turkey.
13. Cukor, D., Coplan, J., Brown, C., Friedman, S., Cromwell-Smith, A., Peterson, R. A., & Kimmel, P. L. (2007). Depression and anxiety in urban hemodialysis patients. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 2(3), 484-490.
14. Cukor, D., Coplan, J., Brown, C., Friedman, S., Newville, H., Safier, M., ... & Kimmel, P. L. (2008). Anxiety disorders in adults treated by hemodialysis: a single-center study. *American journal of kidney diseases*, 52(1), 128-136.
15. Kiecolt-Glaser, J. K., McGuire, L., Robles, T. F., & Glaser, R. (2002). Psychoneuroimmunology: psychological influences on immune function and health. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(3), 537.
16. Chen, C. K., Tsai, Y. C., Hsu, H. J., Wu, I. W., Sun, C. Y., Chou, C. C., ... & Wang, L. J. (2010). Depression and suicide risk in hemodialysis patients with chronic renal failure. *Psychosomatics*, 51(6), 528-528.
17. Trbojević-Stanković, J., Stojimirović, B., Bukumirić, Z., Hadžibulić, E., Andrić, B., Djordjević, V., ... & Jovanović, D. (2014). Depression and quality of sleep in maintenance hemodialysis patients. *Srp Arh Celok Lek*, 142(7-8), 437-443.

18. Mollaoglu, M. (2006). Perceived social support, anxiety, and self-care among patients receiving hemodialysis. *Dialysis & transplantation*, 35(3), 144-155.
19. Fuertes, J. N., Mislowack, A., Bennett, J., Paul, L., Gilbert, T. C., Fontan, G., & Boylan, L. S. (2007). The physician–patient working alliance. *Patient education and counseling*, 66(1), 29-36.

CAPITULO XI

RESUMEN AUTOBIOGRAFICO

Antonio Díaz Quiroz

Candidato para el grado de Especialista en Psiquiatría General

Tesis: CORRELACION ENTRE EL TIEMPO DE HEMODIALISIS Y
DEPRESION EN PACIENTES DE SALA DE HEMODIALISIS DEL
DEPARTAMENTO DE NEFROLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO, DR.
JOSE ELEUTERIO GONZALEZ

Campo de estudio: Ciencias de la Salud

Biografía:

Nacido en Monterrey, Nuevo León, México, el 7 de mayo de 1987.

Egresó de la carrera de Médico Cirujano y Partero de la Universidad de Monterrey en agosto del 2014.

Después cursó la especialidad en Psiquiatría General en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” (Universidad Autónoma de Nuevo León) de marzo del 2014 a febrero del 2018.