

## Calidad de vida relacionada con la salud y prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos en pacientes en hemodiálisis, en seis unidades renales de Bogotá, Colombia

**Ricardo Millán-González<sup>1</sup>**  
**Carlos Gómez-Restrepo<sup>2</sup>**  
**Fabián Armando Gil Laverde<sup>3</sup>**  
**Gabriel Fernando Oviedo Lugo<sup>4</sup>**  
**Felipe Villegas Salazar<sup>5</sup>**

### Resumen

*Introducción:* La insuficiencia renal crónica (IRC) es un problema de salud pública. La patología psiquiátrica en esta población puede repercutir en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). La mayoría de estudios sobre CVRS y los síntomas depresivos y/o ansiosos no son latinoamericanos. *Objetivo:* determinar la CVRS y la prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes de seis unidades renales de Bogotá, Colombia. *Método:* Estudio multicéntrico, descriptivo, de corte trasversal, en adultos de ambos sexos con IRC y que reciben tres sesiones semanales de hemodiálisis. Se les administraron las fichas de datos sociodemográficos SF-36 y HADS. *Resultados:* 174 sujetos participaron en el estudio, de los cuales 163 fueron considerados para el análisis final (entre 19 y 86 años de edad; 57,06% hombres). La CVRS física general fue de 38,70 (DE 8,62) y la CVRS mental general, de 44,73 (DE 10,39). Se sospecha de depresión en 15,95%, de problema clínico en 5,52%, de ansiedad en 16,46%. Se presenta un problema clínico en 13,29%. *Conclusiones:* Este estudio usa la muestra latinoamericana más grande de la que se tenga conocimiento. La CVRS es comparable con la hallada en otras poblaciones, excepto por el rango anormalmente bajo de desempeño fi-

<sup>1</sup> Médico psiquiatra de la Universidad de Costa Rica,  *fellow* de psiquiatría de enlace de la Pontificia Universidad Javeriana, profesor de psiquiatría de la Universidad de Costa Rica, Unidad de Neurociencias del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. San Pedro, Montes De Oca, Costa Rica.

<sup>2</sup> Médico psiquiatra, psicoanalista, coordinador de la Especialidad de Psiquiatría de Enlace, profesor asociado de Psiquiatría y Salud Mental y Epidemiología Clínica de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

<sup>3</sup> Bioestadístico, Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, profesor asistente de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

<sup>4</sup> Médico psiquiatra y psiquiatra de enlace de la Pontificia Universidad Javeriana, profesor de la Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.

<sup>5</sup> Médico de la Pontificia Universidad Javeriana, residente de psiquiatría de segundo año de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

sico. Al situar el punto de corte de la HADS para depresión en 9, se podría aumentar su sensibilidad aumentando la prevalencia de depresión. Conforme desciende la CVRS mental general, es mayor la presencia de depresión; a medida que desciende la CVRS total, es más probable la existencia de un cuadro ansioso.

**Palabras clave:** hemodiálisis, depresión, ansiedad, calidad de vida relacionada con la salud.

**Title: Health-Related Quality of Life and Prevalence of Depression and Anxiety Symptoms in Patients in Hemodialysis from Six Hemodialysis Units in Bogotá, Colombia.**

#### **Abstract**

*Introduction:* End-Stage Renal Disease (ESRD) is a major health problem. Psychiatric comorbidity could affect Health-Related Quality of Life (HRQL). Most studies analyzing HRQL as well as depressive and/or anxiety symptoms have been undertaken in non-Latin-American populations. *Objective:* To determine HRQL and the prevalence of depression and anxiety in patients assisting to six hemodialysis (HD) units in Bogotá, Colombia. *Method:* Multicentric, descriptive, transversal study in patients over 18 of both genders with ESRD, who were receiving HD three times per week. A sociodemographic questionnaire, the SF-36, and the HADS were administered. *Results:* 174 subjects participated in the study, but only 163 were considered for the final analysis (ages ranged from 19 to 86 years old; 57.06 were males). The physical HRQL was 38.70 (SD 8.62) and the mental HRQL was 44.73 (SD 10.39). Depression was suspected in 15.95% and a clinical problem was present in 5.52% of the cases. Anxiety was suspected in 16.46% of the subjects and a clinical problem existed in 13.29% of them. *Conclusions:* This is the largest Latin-American sample known of to date. HRQL was comparable to other popu-

lations except for the Role-Physical, which is the lowest described in the literature. With the intention of increasing sensibility, the cut point of 9 might be the more appropriate when screening for depression with the HADS. As mental HRQL decreases, the presence of depression increases; as total HRQL decreases, the possibility of finding anxiety increases.

**Key words:** Hemodialysis, depression, anxiety, health related quality of life.

## **Introducción**

La *insuficiencia renal crónica* (IRC) es considerada un problema de salud pública, por su alta incidencia (13% en Estados Unidos) y la severidad de sus complicaciones. Se define como el daño renal que persiste durante más de tres meses y que se manifiesta por una excreción anormal de albúmina o una función renal disminuida, cuantificada mediante una tasa de filtración glomerular medida o estimada (1).

Los principales tratamientos son la hemodiálisis (HD), la diálisis peritoneal (DP) y el trasplante renal (1-4); este último es el que se asocia con un mejor pronóstico funcional y *calidad de vida* (CV) (3-6). Las metas de la terapia de reemplazo renal son: disminuir la mortalidad, controlar los síntomas de la uremia y regresar al paciente a su funcionamiento premórbido, con un adecuado desempeño en las actividades de la vida diaria (2). La elección del tipo de diálisis debe considerar factores psicológicos y socioculturales (7).

Las entidades psiquiátricas comórbidas más frecuentes en esta población son la ansiedad y la depresión en sus distintas presentaciones (3,8-10); esta última, en ocasiones, podría estar asociada con un componente vascular (11). Cuando estas entidades acompañan la enfermedad renal se reportan más retiros voluntarios del proceso dialítico y mayor mortalidad (12); en caso de que pasen desapercibidas, el pronóstico es aun más negativo (10,13).

La evaluación del cuadro afectivo se complica por su traslape sintomatológico con la IRC y su tratamiento (9), dado que clínicamente comparten elementos, como la reducción del apetito, energía, libido y concentración (10, 13-15). Lo anterior ha generado que distintos estudios que emplean escalas diferentes encuentren incidencias que varían entre 6%-38% en estos pacientes (13). En la población general, la prevalencia de trastornos ansiosos en un año se encuentra cercana al 15%-19,5% (16-18).

La *escala de depresión y ansiedad hospitalaria* (HADS, por sus siglas en inglés) fue diseñada con la intención de ser aplicada en poblaciones de pacientes hospitalizados o con alguna enfermedad médico-quirúrgica (19,20). El diagnóstico de estados afectivos no considera elementos vegetativos y se basa exclusivamente sobre síntomas emocionales y psicológicos; de esta manera, se pretende descartar la presencia de patología

física como el origen del cuadro, lo que supone un esquema exclusivo para el diagnóstico de entidades psiquiátricas (10). Dicha escala ha sido previamente adaptada y validada en Colombia en pacientes enfermos con cáncer (21).

La *calidad de vida relacionada con la salud* (CVRS) es un constructo independiente, definido como el componente de la CV general originado por las condiciones de atención en salud y las experiencias subjetivas de los usuarios (22). Entre las escalas que se utilizan para medirla de forma genérica se encuentra la SF-36, que mide ocho dominios: funcionamiento físico (FF), desempeño físico (DF), dolor corporal (DC), salud general (SG), desempeño emocional (DE), salud mental (SM), vitalidad (VT) y funcionamiento social (FS); las cuatro primeras determinan la CVRS física general y las cuatro últimas a la CVRS mental general (23). Este instrumento ha sido empleado en múltiples estudios que abordan tanto la depresión y ansiedad como la patología renal (23) y su fiabilidad ya fue demostrada a escala local (24).

Algunos estudios previos que han utilizado esta escala han concluido que los niveles de mejor CVRS general se encuentran en personas trasplantadas, con menores niveles de creatinina (5) y con mejor CVRS mental en quienes reciben hemodiálisis, al compararlos con sujetos en tratamiento con diálisis peritoneal (25).

En un análisis sistemático y metaanálisis reciente de estudios que hubieran empleado la SF-36 en pacientes con enfermedad renal se concluyó que la CVRS, excepto por la dimensión en salud mental, es superior en pacientes trasplantados, al compararlos con quienes reciben diálisis en alguna de sus modalidades (6).

La mayoría de las investigaciones con adecuados diseños metodológicos que analizan la CVRS, así como la prevalencia de depresión y/o ansiedad en poblaciones que reciben algún tipo de diálisis, han sido realizados en poblaciones no latinoamericanas (5,6,12,13,15,25-27).

## Metodología

### *Diseño*

Estudio multicéntrico, descriptivo, de corte transversal, aplicado en pacientes mayores de 18 años, de ambos géneros, con IRC y que se encuentran recibiendo tratamiento con HD por más de seis meses. El protocolo y consentimiento informado del estudio fueron aprobados por el Comité de Ética, de la Facultad de Medicina, de la Pontificia Universidad Javeriana, de Bogotá, Colombia.

### *Instrumentos*

Se empleó una ficha de datos sociodemográficos diseñada específicamente para este estudio, la

HADS en su versión adaptada y validada para Colombia (con puntos de corte de 9 para sospecha y 14 para problema clínico) (21), así como la SF-36 en la versión previamente explorada a escala local (24).

### *Muestra y muestreo*

El presente estudio se realizó con pacientes mayores de edad que asisten a las unidades de diálisis del Hospital Universitario San Ignacio (HUSI) y de Fresenius Medical Care (Cruz Roja, El Dorado, Horizonte, Occidente y San José), todas ellas en Bogotá, Colombia. Los criterios de exclusión fueron: historia de demencia, presencia de *delirium* según la exploración clínica al momento de la entrevista o tener menos de seis meses de estar recibiendo tratamiento con hemodiálisis.

La muestra fue calculada con el nivel de confianza del 95%, una precisión del 5% a dos colas, una prevalencia estimada del 25%, para lo cual se requería un mínimo de 120 participantes en el estudio. Las unidades renales evaluadas tienen de dos a tres turnos por día, tres veces a la semana (los grupos asisten lunes, miércoles y viernes o martes, jueves y sábados). En todos los casos, las muestras fueron recolectadas durante dos turnos escogidos aleatoriamente. A cada una de las unidades se le asignó un número determinado de pacientes, a quienes se les ofrecería participar en el estudio, proporcional al número

total de asistentes a dicho centro. De nuevo, estos sujetos fueron escogidos al azar. La excepción fue el HUSI, donde todos los usuarios elegibles fueron entrevistados.

Previo a la aplicación de los instrumentos, se le brindó personalmente a cada uno de los participantes una explicación detallada de la investigación y de las escalas. Seguidamente, se completó el consentimiento informado.

Las mediciones fueron realizadas de manera autoaplicada o heteroaplicada, lo que ya se había realizado en población colombiana (24). El material fue recolectado durante agosto de 2009 por los autores de la investigación, así como por cuatro egresados de enfermería que habían recibido entrenamiento para su realización.

#### *Análisis de los datos*

Los instrumentos se ingresaron en una base de datos de Excel. El análisis de los datos se realizó utilizando el programa estadístico Stata 9.0 (28), previo análisis exploratorio, para la detección de errores mediante la identificación de distribuciones de frecuencias simples de todas las variables.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables recolectadas, mediante tablas de frecuencia o estadísticas de tendencia central y dispersión para las variables cualitativas y cuantitativas, respectivamente. Las prevalencia de depresión

y ansiedad fueron calculadas de forma puntual y por medio de intervalos de confianza del 95%, para lo cual fueron empleados los puntos de corte previamente mencionados de la HADS. Para evaluar asociación entre variables categóricas se empleó la prueba de  $\chi^2$  y el test de Fisher para todas aquéllas con frecuencias esperadas menores a cinco.

La estadística T de Student y el análisis de varianza a una vía (ANOVA) fueron empleados para calcular diferencias en los puntajes promedios de las dimensiones de la escala de CVRS y de los dominios específicos del área mental y física. En todas las pruebas estadísticas se empleó un nivel de significación del 5% para rechazar la hipótesis nula.

Once pacientes (10,28%) de la muestra total (174) fueron excluidos por haber ingresado al programa de hemodiálisis menos de seis meses antes del momento en que se recolectó la muestra, por lo cual el análisis final se realizó con 163 sujetos. Los pacientes con demencia diagnosticada previamente no fueron considerados como candidatos para ser entrevistados y no se detectaron pacientes con *delirium* durante la evaluación.

### **Resultados**

Los datos sociodemográficos según frecuencias se presentan en la Tabla 1, y según percentiles y porcentajes, en la Tabla 2. Se describe

la información de 163 pacientes en 6 unidades renales, de los cuales 93 (57,06%) fueron hombres. El rango de edades fue de 19 a 86 años, con promedio de 53,96 años (DE 15,26 años).

El 54,94% de los pacientes pertenecían a estratos socioeconómicos bajos (1 o 2) y el 45,06% a los medios (3 y 4) y altos (5 y 6). El 96,32% son católicos o cristianos. El 82,21% de la población no tiene un trabajo remunerado. El 18,52% de la población ha tenido el diagnóstico previo de algún cuadro depresivo, mientras que el 8,70% ha presentado un trastorno ansioso anteriormente.

El 6,92% viven solos, el 44,65% conviven con una o dos personas y el 48,43% lo hacen con tres o más individuos (promedio de 2,87, DE 2,21). El 3,75% de la población no tiene alguien con quien contar de forma incondicional, mientras que el 53,13% recibe la colaboración de una o dos personas y el 43,13% es ayudado por tres o más sujetos (promedio de 2,29, DE 2,53). El 40% tenía un grado de primaria o no había asistido a la escuela, otro 40% había alcanzado un grado de secundaria y tan sólo el 20% restante contaba con educación universitaria.

La unidad que más pacientes aportó fue la de Horizonte, con 40 individuos (24,54%) y la que menos representantes tuvo fue la de Occidente, con 19 usuarios (11,66%). El tiempo de diálisis se encuentra en el rango entre 6 meses y 27 años; el

50% de los pacientes ha requerido manejo dialítico por un periodo de 4,53 años; los rangos inferiores y superiores al 25% corresponden a 2,03 y 7,61 años, respectivamente.

La CVRS mostró niveles intermedios, según se observa en la Tabla 3 y en la Figura 1. En la Tabla 4 se presentan los rangos de normalidad, sospecha y problema clínico de depresión y ansiedad, y en las figuras 2 y 3 se les comparan con cada uno de los dominios de la SF-36. Al contrastar tanto los resultados del HADS como de la SF-36 con los datos sociodemográficos anteriormente descritos no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas; sin embargo, cuando se compara la dimensión general de salud mental con depresión, se observan diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,0003$ ), al igual que ocurre entre las dimensiones generales de salud mental ( $p < 0,0001$ ) y física ( $p < 0,0259$ ) con ansiedad. Únicamente la dimensión general de salud física no mostró diferencias estadísticamente significativas con la variable de depresión.

Al confrontar el resultado de depresión del HADS con el diagnóstico previo de depresión, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Por el contrario, la ansiedad según el HADS, al ser contrastada con el diagnóstico previo de algún cuadro ansioso, sí estaba marcada por una diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,007$ ).

Tabla 1. Datos sociodemográficos según frecuencias

Característica	Frecuencia	Porcentaje
Género		
Masculino	93	57,06
Femenino	70	42,94
Estrato		
Bajo	89	54,94
Medio y alto	73	45,06
Religión		
Católica o Cristiana	157	96,32
Otra	2	1,23
Sin religión	4	2,45
Trabajo remunerado		
Sí	29	17,79
No	134	82,21
Convivencia		
0	11	6,92
1-2	71	44,65
≥3	77	48,43
Apoyo incondicional		
0	6	3,75
1-2	85	53,13
≥3	69	43,13
Nivel educativo		
Primaria o menor	66	40,74
Secundaria	64	39,51
Universidad	32	19,75
Historia depresión		
Sí	30	18,52
No	132	81,48
Historia ansiedad		
Sí	14	8,70
No	147	91,30
Unidad renal		
HUSI	22	13,50
Occidente	19	11,66
Horizonte	40	24,54
El Dorado	28	17,18
Cruz Roja	21	12,88
San José	33	20,25

HUSI: Hospital Universitario San Ignacio

Tabla 2. Datos sociodemográficos según percentiles y promedios

Característica	25%	50%	75%	Promedio	DE
Edad	43,46	55,95	65,53	53,96	15,29
TD	2,04	4,53	7,61	5,63	4,57
PC	1	2	4	2,87	2,21
AI	1	2	4	2,94	2,53

DE: desviación estándar; TD: tiempo en años que el paciente lleva recibiendo tratamiento con hemodiálisis; PC: número de personas con las que convive el paciente; AI: número de personas que el paciente considera su apoyo incondicional.

Tabla 3. Valores y desviaciones estándar de cada dominios de la escala SF-36 de acuerdo con distintas variables estudiadas

Dominio	CVRS general	Edad 18-44	Edad 45-59	Edad ≥60	Género masculino	Género femenino
FF	62,90 (22,99)	71,13 (21,49)	63,11 (21,90)	57,64 (23,25)	61,34 (22,20)	64,98 (24,02)
SG	47,74 (19,01)	49,02 (20,43)	47,53 (19,30)	47,71 (18,44)	45,09 (18,56)	51,32 (19,15)
VT	55,21 (19,80)	55,35 (15,45)	53,00 (18,75)	56,43 (22,80)	55,65 (19,34)	54,64 (20,53)
SM	65,85 (18,13)	64,80 (17,77)	64,80 (16,44)	67,36 (19,62)	65,17 (18,25)	66,75 (18,06)
DF	29,45 (37,57)	42,44 (38,40)	22,83 (33,68)	25,71 (38,54)	25,00 (35,74)	35,36 (39,35)
DE	45,58 (44,38)	55,81 (44,08)	35,93 (40,51)	46,19 (46,21)	41,40 (44,07)	51,21 (44,50)
FS	64,04 (28,15)	67,73 (21,34)	57,61 (29,75)	66,96 (29,64)	59,68 (29,26)	69,82 (25,67)
DC	60,44 (27,68)	58,65 (22,90)	59,94 (30,03)	61,79 (29,68)	63,30 (27,00)	56,64 (28,30)
TSF	38,70 (8,62)	41,04 (7,63)	38,55 (8,43)	37,33 (9,31)	38,38 (8,07)	39,12 (9,35)
TSM	44,73 (10,39)	45,03 (10,00)	42,34 (10,50)	46,33 (10,21)	43,76 (10,60)	46,04 (10,03)

FF: Funcionamiento físico; SG: salud general; VT: vitalidad; SM: salud mental; DF: desempeño físico; DE: desempeño emocional; FS: funcionamiento social; DC: dolor corporal; TSF: total salud física; TSM: total salud mental.



Tabla 4. Valores de depresión y ansiedad según la HADS

HADS	Frecuencia de depresión	Porcentaje de depresión	Frecuencia de ansiedad	Porcentaje de ansiedad
A. Normal	128	78,53	111	70,25
B. Sospecha	26	15,95	26	16,46
C. PC	9	5,52	21	13,29
D. B+C	35	21,47	47	29,75
E. Total	163	100	158	100

PC: problema clínico; B+C: sospecha + problema clínico.

Tabla 5. Comparación del presente estudio con otras investigaciones que han empleado la escala SF-36 para cuantificar CVRS

Dominio	Millán <i>et al.</i> , 2009	Fujisawa <i>et al.</i> , 2000	Díaz-Buxo <i>et al.</i> , 2000	Liem <i>et al.</i> , 2007
FF	62,90 (22,99)	81,6	41,4 (30,0)	51,5 (46,7–56,2)
SG	47,74 (19,01)	51,0	43,7 (22,0)	42,4 (40,2–44,5)
VT	55,21 (19,80)	59,2	44,7 (23,1)	47,8 (44,8–50,8)
SM	65,85 (18,13)	68,5	68,7 (21,2)	63,7 (60,9–66,5)
DF	29,45 (37,57)	68,0	33,1 (39,4)	45,1 (39,8–50,4)
DE	45,58 (44,38)	74,6	53,0 (44,3)	51,5 (47,0–56,0)
FS	64,04 (28,15)	74,5	64,1 (29,4)	61,7 (57,4–66,1)
DC	60,44 (27,68)	70,2	57,2 (28,6)	60,2 (57,2–63,2)

FF: Funcionamiento físico; SG: salud general; VT: vitalidad; SM: salud mental; DF: desempeño físico; DE: desempeño emocional; FS: funcionamiento social; DC: dolor corporal.

## Discusión

El presente estudio incluye la muestra más amplia de pacientes que reciben HD en poblaciones latinoamericanas de la que se tenga conocimiento. En ésta se detectó que, en general, dichos usuarios experimentan una baja CVRS, tanto física como mentalmente.

En general, se trata de pacientes en su mayoría hombres, de bajos estratos socioeconómicos, católicos, desempleados o sin trabajo remunerado, con educación primaria o secundaria, y provenientes de familias extensas. El promedio de edad es cercano a los 54 años y el del tiempo de recibir hemodiálisis es de casi seis años. La muestra

Figura 1. Dominios específicos y generales de CVRS según la SF-36.

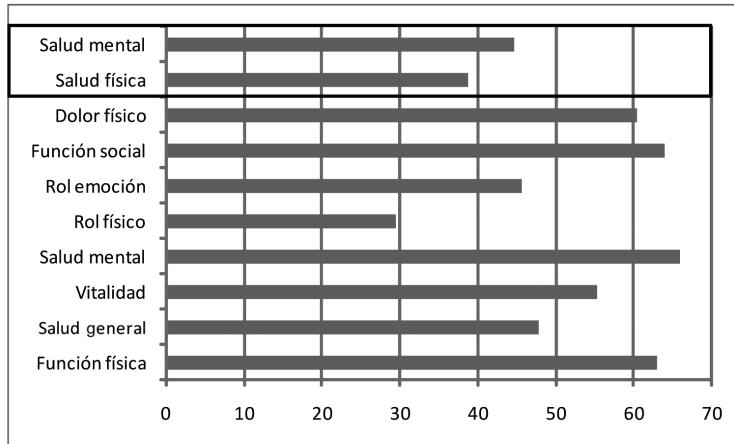
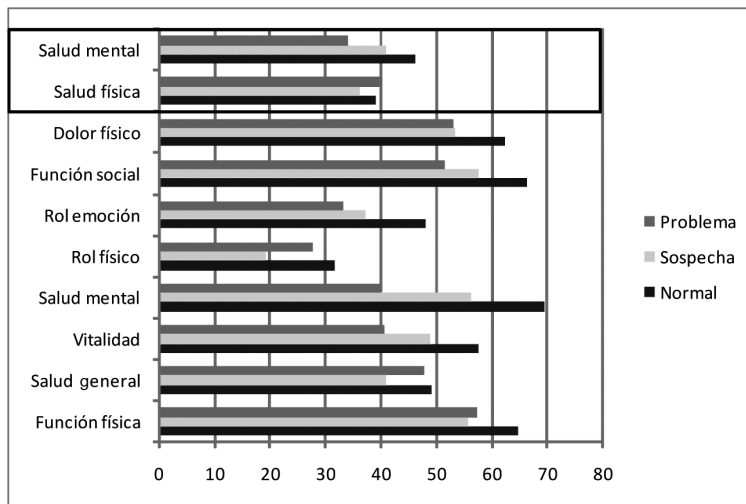


Figura 2. Comparaci



fue captada en seis unidades renales distribuidas en distintas áreas geográficas de Bogotá, Colombia, lo que aumenta la representatividad de ésta.

Al comparar los resultados del nivel de CVRS con estudios previos (Tabla 5), llama la atención que éste es menor que el descrito

en una poblaci

Figura 3. Comparación de la ansiedad según la HADS con los dominios de la SF-36.

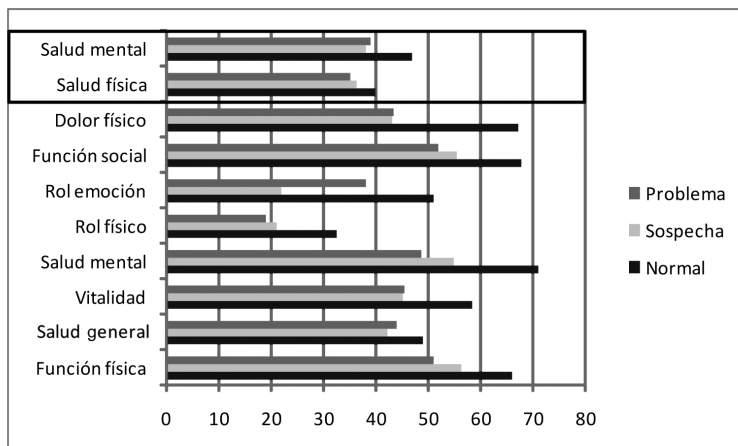


Tabla 6. Dominios de CVRS según grupos de normalidad, sospecha y problema clínico para depresión y ansiedad

Dominió SF-36	DN	DS	DPC	AN	DS	APC
FF	64,75 (22,34)	55,77 (24,44)	57,22 (25,63)	65,94 (22,15)	56,35 (23,39)	50,95 (23,32)
SG	49,10 (18,25)	41,04 (21,73)	47,89 (19,39)	48,96 (18,94)	42,15 (17,60)	43,86 (18,30)
VT	57,56 (18,74)	48,85 (24,05)	40,56 (9,50)	58,45 (19,47)	45,19 (16,94)	45,48 (16,80)
SM	69,64 (17,09)	56,15 (13,17)	40,00 (13,86)	71,03 (16,88)	54,77 (10,10)	48,76 (15,05)
DF	31,64 (38,99)	19,23 (30,26)	27,78 (34,11)	32,43 (39,97)	21,15 (28,01)	19,05 (31,53)
DE	48,16 (45,14)	37,18 (40,36)	33,33 (45,10)	51,06 (45,06)	21,79 (32,58)	38,10 (42,54)
FS	66,21 (27,59)	57,69 (27,63)	51,39 (34,49)	67,79 (27,52)	55,29 (23,23)	51,79 (33,14)
DC	62,40 (27,38)	53,35 (28,98)	53,11 (26,53)	67,30 (25,21)	42,96 (28,60)	43,33 (22,67)
TSF	39,10 (8,49)	36,17 (8,26)	40,25 (11,05)	39,71 (8,66)	36,23 (7,45)	35,08 (8,93)
TSM	46,26 (10,15)	40,98 (7,72)	33,92 (12,26)	46,96 (9,74)	38,18 (6,73)	38,90 (10,86)

CVRS: calidad de vida relacionada con la salud; DN: sin depresión según HADS; DS: sospecha para depresión según HADS; DPC: problema clínico de depresión según HADS; AN: sin ansiedad según HADS; DS: sospecha para ansiedad según HADS; APC: problema clínico de ansiedad según HADS; FF: Funcionamiento físico; SG: salud general; VT: vitalidad; SM: salud mental; DF: desempeño físico; DE: desempeño emocional; FS: funcionamiento social; DC: dolor corporal; TSF: total salud física; TSM: total salud mental.

con el alto nivel de desempleo (82,21%). Podría existir una relación bidireccional entre el deterioro físico y el no tener trabajo remunerado, lo cual podría ser explorado en futuras investigaciones.

La HADS es una escala de tamizaje y no de diagnóstico. El grupo de sospecha para depresión fue del 15,95% y de problema clínico, de 5,52%. Si ambos rubros se suman, el resultado (21,47%) se aproxima mucho más a lo que consistentemente se ha reportado en la literatura (5,6,12,13,15,25-27). Por lo tanto, es posible que para aumentar la sensibilidad de la escala podría ser conveniente utilizar un punto de corte de 9, que delimita el nivel de sospecha. Correspondería, entonces, confirmar el diagnóstico con una entrevista clínica estructurada que descarte los falsos positivos.

En el caso de la ansiedad, el grado de sospecha es de 16,46% y de 13,29% para problema clínico. Aunque no se cuenta con datos de ansiedad en pacientes con trastornos renales, en la población general la prevalencia en un año se encuentra cercana al 15%-19,5% (16-18), muy similar al valor correspondiente a problema clínico, según el presente estudio. Sería necesario aclarar en el futuro si el punto de corte de 14 (problema clínico) es, por lo tanto, lo suficientemente sensible para detectar pacientes con trastornos ansiosos o si los pacientes nefrópatas presentan mayores niveles de ansiedad que la población general.

Las diferencias estadísticamente significativas en los grupos de depresión y salud mental, así como de ansiedad y salud mental y física, describen que la CVRS es distinta en cada una de las poblaciones sin patología afectiva, con sospecha o con problema clínico. Por lo tanto, en el primer grupo, conforme descende la CVRS mental (SM, DE, FS y VT), es mayor la presencia de depresión. En el segundo caso, a medida que descende la CVRS total, es más probable la existencia de un cuadro ansioso, tal y como se muestra en la Tabla 6.

El hecho de que los distintos grupos (normal, sospecha y problema clínico) de ansiedad del HADS sean distintos, hace más probable la concordancia entre el diagnóstico previo de un trastorno ansioso y su presencia en la actualidad, si se compara con la relación entre depresión previa y actual.

Los datos sociodemográficos contrastados con los resultados del HADS y de la SF-36 no detectaron diferencias estadísticamente significativas; sin embargo, no hay que perder de vista que el estudio tuvo un planteamiento descriptivo y no analítico, por lo cual el tamaño calculado de la muestra podría no ser capaz de detectar discrepancias entre los grupos.

Este estudio presenta algunas debilidades que se deben mencionar. Se trata de una investigación de corte descriptivo y no analítico, por lo cual el tamaño de la muestra no permite estimar diferencias

cuando se consideran las variables sociodemográficas. Tiene, además, una representatividad de grupos socioeconómicos desfavorecidos, por lo que no se podrían generalizar los resultados a los estratos altos de la población. Tampoco existen puntos de corte en poblaciones sanas a escala local para establecer mejores comparaciones.

Como fortalezas se señala el cumplimiento con la recolección calculada de la muestra, el empleo de escalas previamente validadas para la población colombiana y una adecuada representación geográfica por la recolección realizada en seis puntos distintos de Bogotá.

### **Conclusiones**

1. La CVRS estimada mediante la escala SF-36 resulta inferior a la encontrada en una población japonesa, pero comparable con la de una muestra amplia en Estados Unidos y un metanálisis. La excepción es el DF, sustancialmente menor que el observado en los otros grupos.
2. Existe sospecha de depresión en 15,95% y un problema clínico en el 5,52% de los casos. La sumatoria de ambos (21,47%) se acerca más a lo reportado en la literatura en otros lugares, por lo cual es posible que el punto de corte de la HADS sea más sensible y, por lo tanto, el que deba ser empleado para detectar depresión. En todo caso, el

diagnóstico siempre debe ser confirmado por una entrevista clínica.

3. Se reporta sospecha de depresión en 16,46% y un problema clínico en el 13,29% de los casos; el segundo de ellos es muy similar a lo descrito en la población general. Se debe aclarar en el futuro si el punto de corte de 14 (problema clínico) es lo suficientemente sensible para detectar pacientes con trastornos ansiosos o si esta población presenta mayores niveles de ansiedad que la población general.
4. Conforme desciende la CVRS mental general, es mayor la presencia de depresión; a medida que desciende la CVRS total (en los ocho dominios), es más probable la existencia de un cuadro ansioso.
5. Es más probable que exista el antecedente de un trastorno ansioso en quienes presentan ansiedad actual según la HADS; no ocurre lo mismo en el caso de antecedentes depresivos y un trastorno afectivo actual.

### **Agradecimientos**

A la doctora Patricia Hidalgo, por su ayuda invaluable en el diseño del protocolo; a los licenciados de la Universidad Nacional de Colombia Daniel Zaraza, Yenny Marcela Barreto, Alexandra Maluche y Yurany Zúñiga, por su importante colaboración en la recolección de la información; a la doc-

tora Paola Karina García Padilla y a la licenciada Martha Galindo García, de la Unidad Renal del HUSI; al doctor Víctor Delgado, director de Fresenius Medical Care Bogotá, así como a los jefes de las unidades de esa ciudad, doctores Rodolfo Torres, Roberto Briceño, Orlando Olivares y Rafael Rodríguez.

### Referencias

1. Thomas R, Kanso A, Sedor JR. Chronic kidney disease and its complications. *Prim Care*. 2008;35(2):329-44.
2. Crawford PW, Lerma EV. Treatment options for end stage renal disease. *Prim Care*. 2008;35(3):407-32.
3. Levin A, Hemmelgarn B, Culleton B, Tobe S, McFarlane P, Ruzicka M, et al. Guidelines for the management of chronic kidney disease. *CMAJ*. 2008;179(11):1154-62.
4. Alarcón-Prada A. Aspectos psicosociales del paciente renal. 2a ed. Bogotá: La Silueta; 2004.
5. Fujisawa M, Ichikawa Y, Yoshiya K, Isotani S, Higuchi A, Nagano S, et al. Assessment of health-related quality of life in renal transplant and hemodialysis patients using the Sf-36 health survey. *Urology*. 2000;56(2):201-6.
6. Liem YS, Bosch JL, Arends LR, Heijenbrok-Kal MH, Hunink MG. Quality of life assessed with the Medical Outcomes Study Short Form 36-Item Health Survey of patients on renal replacement therapy: a systematic review and meta-analysis. *Value Health*. 2007;10(5):390-7.
7. Levenson JL. Tratado de Medicina Psicosomática. Barcelona: Ars Medica; 2006.
8. Stern TA, Fricchione GL, Cassem NH, Jellinek MS, Rosenbaum JF. Handbook of General Hospital Psychiatry. 5a ed. Boston: Mosby; 2004.
9. Ambrosino-Wyszynski A, Wyszynski B. Manual of Psychiatric Care for the Medically Ill. 1a ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2005.
10. Stoudemire A, Fogel BS, Greenberg D. Psychiatric care of the medical patient. 2a ed. New York: OxfordUniversity Press; 2000.
11. Millán-González R. Una entidad polimorfa y multifactorial: depresión en pacientes que reciben diálisis. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2009;38(3):522-33.
12. Lopes AA, Albert JM, Young EW, Satayathum S, Pisoni RL, Andreucci, et al. Screening for depression in hemodialysis patients: associations with diagnosis, treatment, and outcomes in the DOPPS. *Kidney Int*. 2004;66(5):2047-53.
13. Drayer RA, Piraino B, Reynolds III CF, Houck PR, Mazumdar S, Bernardini J, et al. Characteristics of depression in hemodialysis patients: symptoms, quality of life and mortality risk. *Gen Hosp Psychiatry*. 2006;28(4):306-12.
14. Rabindranath KS, Butler JA, Macleod AM, Roderick P, Wallace SA, Daly C. Medidas físicas para el tratamiento de la depresión en pacientes en diálisis. *La Biblioteca Cochrane Plus*. 2008;2:1-23.
15. Son Y, Choi K, Park Y, Bae J, Lee J. Depression, symptoms and the quality of life in patients on hemodialysis for end-stage renal disease. *Am J Nephrol*. 2009;29(1):36-42.
16. Shearer S. Recent advances in the understanding and treatment of anxiety disorders. *Prim Care Clin*. 2007;34(3):475-504.
17. Weisberg RB, Dyck I, Culpepper L, Keller MB. Psychiatric treatment in primary care patients with anxiety disorders: a comparison of care received from primary care providers and psychiatrists. *Am J Psychiatry*. 2007;164(2):276-82.
18. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Monahan PO, Löwe B. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med*. 2007;146(5):317-25.
19. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-70.
20. De Las Cuevas-Castresana C, García-Estrada A, González-De Rivera JL. "Hospital anxiety and depression scale" y psicopatología afectiva. *Anales de Psiquiatría*. 1995;11(4):126-30.

21. Rico JL, Restrepo M, Molina M. Adaptación y validación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. *Avances en Medición*. 2005;3:73-86.
22. Lugo LH, García HI, Gómez C. Calidad de vida y calidad de vida relacionada con la atención en salud. *IATREIA*. 2002;15(2):96-102.
23. SF-36® Health Survey Update [Internet]. Lincoln: SF 36; 2002 [fecha de actualización; citado 2009 Sep 21] Ware JE. Disponible en: <http://www.sf-36.org/tools/sf36.shtml#DISC>.
24. Lugo LH, García HI, Gómez C. Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud sf-36 en Medellín, Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2006;24(2):37-50.
25. Diaz-Buxo JA, Lowrie EG, Lew NL, Zhang H, Lazarus JM. Quality-of-life evaluation using short form 36: comparison in hemodialysis and peritoneal dialysis patients. *Am J Kidney Dis*. 2000;35(2):293-300.
26. Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL, Simmens SJ, Alleyne S, Cruz I, et al. Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis patients. *Kidney Int*. 2000;57:2093-8.
27. Klass-jan N, Riezebos R, Siegert C, Honig A. Influence of depressive and anxiety symptoms on survival in patients with End-Stage Renal Disease. En prensa.
28. StataCorp. 2005. *Stata Statistical Software: Release 9*. College Station, TX: StataCorp LP.

*Conflicto de interés: los autores manifiestan que no tienen ningún conflicto de interés en este artículo.*

*Recibido para evaluación: 2 de septiembre del 2009  
Aceptado para publicación: 5 de noviembre del 2009*

Correspondencia  
*Ricardo Millán-González*  
Apartado postal: 2579-2050  
San Pedro, Montes De Oca,  
Costa Rica  
*drmillan@hotmail.com*