



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Medicina

Subdirección de estudios de posgrado

Departamento de Psiquiatría

“Comparación a un año de la correlación entre el tiempo de hemodiálisis y depresión en pacientes de sala de hemodiálisis del Departamento de Nefrología del Hospital Universitario, Dr. José Eleuterio González”

**TESIS COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA**

Tesista:

Dra. Melissa Balandrán Guzmán

Director de tesis:


Dr. Rolando De León Luévano

Monterrey, Nuevo León, diciembre 2020

“Comparación a un año de la correlación entre el tiempo de hemodiálisis y depresión en pacientes de sala de hemodiálisis del Departamento de Nefrología del Hospital Universitario, Dr. José Eleuterio González”



Dr. Rolando De León Lúevano
Director de la tesis




Dr. Alfredo Bernardo Cuéllar Barboza
Coordinador General de Educación de Posgrado y Jefe de Enseñanza



Dr. Erasmo Saucedo Uribe
Coordinador de Investigación



Dr. Stefan Mauricio Fernández Zambrano
Jefe de Departamento



Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado

Dedicatoria

A mis padres, que me acompañaron en todo el camino.

Agradecimientos

A mis papás, por el apoyo incondicional que me han dado cada segundo de mi vida.

A mi familia, por estar al pendiente y acompañarme en el camino.

A mis amigos, por las alegrías a lo largo de los años, y ser un sostén en mi vida.

Al Departamento de Psiquiatría y mis maestros, por darme la oportunidad de formarme en este hospital, dentro y fuera de las aulas, y en especial a mi director de tesis.

A los pacientes, que sin ellos no habría aprendido.

A mi terapeuta, por enseñarme de mí y ayudarme a encontrarme.

Tabla de contenido

1. RESÚMEN	9
2. INTRODUCCIÓN	10
3. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	13
4. JUSTIFICACIÓN	13
5. HIPÓTESIS	14
6. OBJETIVOS	14
7. MATERIAL Y MÉTODOS	15
8. TIPO DE ESTUDIO	15
9. POBLACIÓN DE ESTUDIO	16
10. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	16
11. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	16

12. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	16
13. MUESTRA Y MUESTREO	17
14. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	17
15. CONSIDERACIONES ÉTICAS	18
16. FINANCIAMIENTO	18
17. RESULTADOS	19
18. DISCUSIÓN	23
19. CONCLUSIÓN	26
20. ANEXOS	28
21. BIBLIOGRAFÍA	32
22. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO	34

Lista de abreviaturas

ERC: Enfermedad renal crónica

IBD: Inventario de Depresión de Beck

TDM: Trastorno depresivo mayor

Índice de tablas

Tabla 1	20
Tabla 2	21
Tabla 3	23

Resumen

El presente estudio se realizó en el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” del Departamento de Psiquiatría, con participación de los pacientes del Servicio de Nefrología que presentaban el diagnóstico de enfermedad renal crónica y que se encontraban en tratamiento en hemodiálisis. A quienes después de explicar con detenimiento el objetivo y los procedimientos, se les resolvió las dudas presentadas y se obtuvo así el consentimiento verbal de aceptación para colaborar con el estudio.

El objetivo consiste en cuantificar por medio del Inventario de Depresión de Beck, la cual es una escala auto aplicada que se conforma de 21 preguntas con respuesta múltiple, la severidad de síntomas depresivos autorreferidos en esta población, comparándolo con una primera muestra tomada en estos mismos pacientes en junio de 2016.

Al puntuar y analizar estos resultados, se tiene la intención de probar o descartar la hipótesis planteada, derivada de la pregunta de investigación, sobre si existe una mayor severidad de sintomatología depresiva a mayor tiempo que el paciente se encuentre en este tratamiento, debido al impacto y alta prevalencia que tiene esta comorbilidad en este grupo de pacientes, y así poder detectar y referir a su manejo adecuado a aquellos que lo requirieran.

Introducción

La enfermedad renal crónica es una enfermedad crónico-degenerativa, con una prevalencia a nivel mundial que se estima en aproximadamente 10%. Esta hace referencia a la pérdida de función renal de manera paulatina e irreversible, debido a una pérdida de la capacidad del riñón de mantener la homeostasis en respuesta a un insulto, que puede ser resultado de múltiples patologías o lesiones, que se manifiesta clínicamente de una manera diversa y que inicialmente puede cursar de manera silente en las primeras etapas con un diferente ritmo de progresión dependiendo de diversos factores, cuyo principal riesgo ocurre cuando se acumulan sustancias nocivas en el cuerpo, causando acidosis, anemia, hipocalcemia, hipoalbuminemia, hiperfosfatemia, entre otros. Idealmente, el tratamiento de elección sería la realización de un trasplante renal, pero a una gran parte de los pacientes no se les llega a considerar para esta opción, debido a las estrictas contraindicaciones relativas y absolutas que deben cumplirse, además de otros obstáculos como la escasez de donadores. Como alternativas, para tratar esto, se realizan procedimientos que filtran la sangre, por medio de hemodiálisis o diálisis peritoneal, cuya elección depende de consideraciones a tomar en cuenta propias del paciente o ambientales, de manera que se controlan los síntomas y se retrasa la progresión de la enfermedad. De no ser así, la progresión llega a producir una afectación multisistémica, con alta morbilidad y mortalidad, además de una importante carga para el paciente y su cuidador, y pérdida paulatina de la funcionalidad y autonomía.

La hemodiálisis, de ser el tratamiento elegido, requiere un acceso al torrente sanguíneo estable, prefiriendo la extremidad superior no dominante para reducir el riesgo de complicaciones como infección o traumatismo, con el objetivo de remover del cuerpo los desechos metabólicos y la sobrecarga de líquidos que el riñón no puede realizar. El momento de realizar el procedimiento no está exento de efectos adversos, pudiendo presentar hipotensión, calambres, náusea, vómito, cefalea, dolor torácico, dolor lumbar, prurito, fiebre, escalofríos, entre otros, siendo estos los más frecuentes, con complicaciones más graves afortunadamente siendo más raros. Como cualquier tratamiento, este debe ser dosificado en frecuencia para tener los mejores resultados posibles.

Cuando la insuficiencia renal alcanza una etapa terminal, es cuando se requiere un tratamiento de reemplazo renal mediante diálisis o hemodiálisis, que consiste en la purificación extracorpórea de la sangre. Algunas de sus indicaciones son la acidosis grave, la uremia severa, hipervolemia, hipercalcemia, intoxicaciones, rabdomiólisis o sepsis. (Sosa-Medellín & Luviano-García, 2018)

Por otra parte, la depresión es una enfermedad psiquiátrica de alta prevalencia a nivel mundial, que afecta el estado de ánimo de una persona, y se presenta clínicamente con síntomas de tristeza y/o anhedonia, y además se pueden presentar tendencia al aislamiento, dificultad para concentrarse o retener información, hipoactividad psicomotriz, ideas de culpa, inutilidad, o baja autoestima, alteraciones del apetito, alteraciones del sueño, alteraciones sexuales, desmotivación, desesperanza, ideas de muerte o ideas suicidas. Para ser codificado como un trastorno, se considera que debe afectar significativamente la funcionalidad de la persona o causarle malestar. En países en desarrollo como el nuestro, la prevalencia de depresión en la vida se estima en un 9% (Kessler et al., 2011). Es bien sabido que los eventos estresantes de la vida son predisponentes para desarrollar sintomatología depresiva, aunque no queda claro cuál es la ventana de riesgo de este factor.

Debido a la complejidad del cuerpo humano, no es poco común que se presente en una misma persona dos o más diagnósticos distintos. Es común la comorbilidad entre enfermedad renal crónica y trastorno depresivo mayor. Resulta un reto diagnóstico trazar un límite claro que marque dónde inicia y dónde termina el cuadro clínico de la depresión y de la enfermedad renal crónica, debido a la transposición de síntomas entre ellos, en especial los de la esfera somática, como los problemas de sueño, la fatiga o baja energía, alteraciones cognitivas, inquietud/hiperactividad psicomotriz, hiporexia (Kimmel et al., 2007). Se estima que la prevalencia de depresión de esta enfermedad puede afectar del 5% hasta el 58% de los pacientes (Murtagh et al., 2007). Se considera que la depresión es la afectación psicológica más importante en este grupo (Khalil, A. A., Lennie, T. A., Franzier, 2010), aunque existen dificultades que obstaculizan el diagnóstico, y no debe dejarse de lado la importante presencia de síntomas ansiosos y consumo de sustancias (Hegde et al., 2000) en esta población, aunque estos últimos no son el foco de esta investigación. Es más probable que un paciente lleve a cabo una suspensión voluntaria del

tratamiento en hemodiálisis que suicidio (Kurella et al., 2005), siendo esta hasta 100 veces más frecuente, sin embargo, este riesgo de suicidio aumenta 5 veces en aquellos que ya padecen una enfermedad mental antes del tratamiento de sustitución renal, en especial en pacientes jóvenes.

No queda claro cuál es el instrumento más adecuado para medir síntomas depresivos, ya que puede existir una confusión al confiar solamente en los resultados por la probabilidad de que se sobrestimen los síntomas de ambas entidades como se planteó anteriormente, por lo que la entrevista clínica hecha por un profesional entrenado en la evaluación de la salud mental es el mejor método para no clasificar incorrectamente el padecimiento del paciente (Palmer, Vecchio, Craig, Tonelli, Johnson, Nicolucci, Pellegrini, Saglimbene, Logroscino, Fishbane, et al., 2013). En un estudio, se comparó el nivel de concordancia entre la detección de depresión entre el Inventario de Depresión de Beck (tomándolo como el estándar de oro), el enfermero de hemodiálisis y el equipo de nefrología, teniendo un mayor acuerdo entre el IDB y el enfermero de hemodiálisis, teniendo aun así un infra diagnóstico de los enfermos antes del estudio, sugiriendo que todos los pacientes deben ser tamizados para depresión (Wilson et al., 2006), aclarando que aún no se define la mejor herramienta para hacerlo, ni el punto de corte apropiado.

El Inventario de Depresión de Beck, creada por Aaron Beck, es una escala autoadministrada que consta de 21 ítems con 4 opciones de respuesta cada uno, para medir la severidad de síntomas depresivos, siendo una de las escalas más utilizadas como clinimetría en la práctica psiquiátrica clínica y de investigación, cuya versión más reciente es el IDB-2, publicada en 1996. Cabe recalcar que esta herramienta no hace el diagnóstico de depresión, si no que es necesario complementar los hallazgos con una entrevista médica, pero es útil como tamizaje. Este se utiliza en personas desde los 13 años aproximadamente, con una fácil comprensión en las preguntas, que toma poco tiempo en realizarse. Se estima que un punto de corte de >14 de IDB tiene la mejor concordancia diagnóstica de depresión, comparada con la entrevista estructurada (Hedayati et al., 2006), en la población con enfermedad renal crónica.

Definición del problema

Con la cada vez mayor presencia de enfermedades crónico-degenerativas y sus posteriores complicaciones, ha aumentado la prevalencia a nivel mundial de enfermedad renal crónica, que llega a tratarse con terapia de reemplazo renal por medio de hemodiálisis en una etapa terminal de la enfermedad, la cual es una filtración de la sangre de manera extracorpórea para eliminar toxinas y productos de desecho del organismo para evitar un síndrome urémico, tratamiento que al indicarse, requiere muchos cuidados.

Se ha observado que, en pacientes con enfermedades de curso crónico, entre ellos con enfermedad renal crónica, a comparación de la población general, existe una mayor presencia de síntomas depresivos que impactan de manera negativa en la calidad de vida de la persona, afectando a nivel de estado de ánimo, síntomas somáticos, síntomas cognitivos, esperanza, motivación, energía y deseos de vivir, entre otros, por lo que, al no detectarse y no tratarse, puede dar lugar a una enfermedad más desfavorable, mayor número de hospitalizaciones, mayor duración de hospitalización en días, menor tiempo entre el primer año de tratamiento en diálisis en enfermedad renal crónica y la primera hospitalización (Lacson et al., 2014); y aumento de mortalidad por cualquier causa (Palmer, Vecchio, Craig, Tonelli, Johnson, Nicolucci, Pellegrini, Saglimbene, Logroscino, Hedayati, et al., 2013).

Justificación

Los pacientes sometidos a terapia de sustitución renal son más vulnerables que la población general de presentar síntomas depresivos, por lo que se necesitan más estudios para determinar la diferencia de severidad en distintos grupos demográficos, determinar la presencia de síntomas a través de una estandarización del mejor método diagnóstico para esta población, tomando en cuenta la cantidad de síntomas somáticos que presentan, gravedad de los síntomas a lo largo de su tratamiento y variaciones dependiendo de la etapa de la enfermedad, impacto de la enfermedad en ellos mismos y sus cuidadores, apego a tratamiento, y de esta manera poder realizar un manejo integral y ofrecer una mejor calidad de vida en estos pacientes y sus cuidadores, disminuir el riesgo de

complicaciones, días de hospitalizaciones, mortalidad (por cualquier causa o por presencia de pensamientos suicidas).

A la fecha, no se tiene alguna guía sobre la forma de manejar la comorbilidad de enfermedad renal crónica y depresión, así como el algoritmo de abordaje diagnóstico, terapéutico o momento adecuado en que debe iniciar el tamizaje de síntomas depresivos para evitar el posible impacto negativo en el futuro.

Hipótesis

H1: Los pacientes con ERC que tienen mayor tiempo de tratamiento en hemodiálisis, presentan mayor severidad de síntomas depresivos

H0: Los pacientes con ERC que tienen mayor tiempo de tratamiento en hemodiálisis, no presentan mayor severidad de síntomas depresivos.

Objetivos

-Objetivo general:

Determinar si existe una severidad mayor de síntomas depresivos en pacientes con enfermedad renal crónica tratados con hemodiálisis al cabo de un año de tratamiento.

- Objetivos específicos:

Determinar la confiabilidad del instrumento de medición

Conocer los datos demográficos y clínicos de la población de estudio.

Relacionar los datos demográficos y clínicos con los síntomas depresivos.

Evaluar la severidad de síntomas depresivos.

Material y métodos

Se aplicó el Inventario de Depresión de Beck, la cual es una escala autoaplicable, que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple con 4 reactivos (0-3) en escala Likert. Este método se utiliza para evaluar la presencia y severidad de síntomas depresivos presentados por la persona a partir de 2 semanas antes a la fecha. Mientras más puntaje obtenga la persona, mayor severidad de síntomas depresivos tiene. Se suma el puntaje de los reactivos, en un rango del 0 al 63, resultando una interpretación que va de: depresión mínima 0-13 puntos, depresión leve de 14 a 19 puntos, depresión moderada de 20 a 28 puntos y depresión grave con >29 puntos.

Se buscó intencionadamente a los pacientes evaluados en 2016 que se encuentren al momento de visitar el servicio de Nefrología en tratamiento con hemodiálisis para invitarlos a participar en la nueva toma de muestra del presente estudio. Se les explicó la manera en que se llevaría a cabo, beneficios de los resultados obtenidos, así como aclarar dudas que se presenten al momento, obteniendo al final un consentimiento verbal, respetando la decisión de aquellos que no quisieran participar sin mayor cuestionamiento. Además, se interrogaron y se buscaron en el expediente clínico los datos demográficos, el tiempo de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal con hemodiálisis, con la finalidad posterior de correlacionar estos datos con los resultados de la escala aplicada.

Se compararon los resultados obtenidos en esta aplicación del Inventario de Depresión de Beck con los resultados obtenidos en 2016, documentados y analizados para el estudio de tesis con título “Correlación entre el Tiempo de Hemodiálisis y Depresión en Pacientes de Sala de Hemodiálisis del Departamento de Nefrología del Hospital Universitario, Dr. José Eleuterio González”, con la clave PS-00007, que se realizó por el investigador Dr. Rolando de León Luévano y el tesista Dr. Antonio Díaz Quiroz.

Tipo de estudio

El diseño del estudio es observacional, prospectivo, longitudinal y comparativo; de tipo cohorte. Se realizó en el Departamento de Nefrología del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, en el área de hemodiálisis. De los pacientes que originalmente

participaron en el estudio de 2016 que fue la primera toma de muestra (n=95), se obtuvo una muestra actual de 48 pacientes de este mismo servicio, con diagnóstico de enfermedad renal crónica. A estos, se les aplicó para obtener las medidas a comparar el Inventario de Depresión de Beck, y como variable, se pretende comparar el puntaje del mismo paciente de 2016 y 2018, y analizarlo estadísticamente, con el objetivo principal de relacionar la severidad de síntomas depresivos y el año y medio de diferencia en tratamiento en hemodiálisis

Población de estudio

Universo de pacientes que acudieron a sala de hemodiálisis del Departamento de Nefrología del Hospital Universitario 'José Eleuterio González' y que hayan participado hace un año en la aplicación de escalas para el estudio antes mencionado.

Criterios de inclusión

Hombres y mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica en tratamiento con Hemodiálisis, que hayan participado hace un año respondiendo el Inventario de Depresión de Beck

Criterios de exclusión

Pacientes menores de edad, diagnóstico de enfermedad renal aguda, que no tengan capacidad de contestar la escala o de entender las preguntas debido a alguna barrera de comunicación o cognición, o que se nieguen a participar en el estudio.

Criterios de eliminación

Pacientes que no contestaran la escala adecuadamente.

Muestra y muestreo

La N está constituida por pacientes mayores de edad, con diagnóstico de enfermedad renal crónica, en tratamiento con hemodiálisis, que acepten participar en el estudio, y que hace un año hayan participado en la misma aplicación de escalas, en el estudio ya mencionado (n=95).

Se estima que la muestra sea menor, debido a la situación médica de los pacientes con posibles complicaciones actuales, cambio de centro médico en donde estén recibiendo su tratamiento, sometimiento a cirugía de trasplante renal, fallecimiento o no deseo de participar en el estudio actual.

Análisis estadístico

Para el análisis estadístico se utilizó el software estadístico de SPSS versión 25.

Se realizó la prueba de Alfa de Cronbach para medir la confiabilidad de la escala aplicada a la población de estudio.

Se realizó estadística descriptiva y se obtuvieron tablas de frecuencias y porcentajes de las variables categóricas, y medidas de tendencia central para las variables numéricas.

Se realizó la prueba de T (no paramétrica) para muestras relacionadas con signo de Wilcoxon, para comparar los resultados del Inventario de Depresión de Beck entre la misma población en dos tiempos diferentes; y una Prueba de T (no paramétrica) para muestras independientes con U de Mann-Whitney, para comparar las medias entre dos grupos de variables.

Se realizó una prueba de correlación de Pearson entre los resultados del inventario de Beck y los datos demográficos de los participantes.

Para comparar los resultados del inventario de Depresión de Beck y las variables demográficas, se realizó Análisis de varianza (ANOVA) de un factor.

Consideraciones éticas

Para realizar el presente estudio, fue solicitado al Comité de Ética la exención de realizar un consentimiento informado por escrito, lo cual fue aprobado, debido a que se utilizó un instrumento para cuantificar severidad de síntomas depresivos en sujetos aparentemente sin psicopatología mental, que no supone un riesgo para el paciente.

Se planteó que la manera de obtener el consentimiento verbal, sería explicar al paciente acerca del estudio, los objetivos, el instrumento a utilizar, la manera de llenarlo, así como aclarar las dudas presentadas antes de aprobar su participación, respetando la decisión de aquellos que no lo desearan.

Al obtenerse un puntaje que indicara una severidad moderada o severa de sintomatología depresiva, o haber expresado ideas de muerte o suicidas posterior a responder el Inventario de Depresión de Beck, se habló con cada paciente y se le ofreció una hoja de referencia para acudir a sacar cita de primera vez a la consulta de Medicina de Enlace del Hospital Universitario, explicándole personalmente y al familiar cuidador detalladamente la razón hasta que el paciente refiriera entendimiento de la indicación.

Financiamiento

No fue requerido ningún tipo de financiamiento extra por parte del paciente, debido a que el material utilizado fue proporcionado por los miembros del Departamento de Psiquiatría, y no hubo necesidad de que el paciente se trasladara ya que se captaron los participantes en la sala de hemodiálisis en el momento de recibir su sesión de tratamiento ya programada.

Resultados

- Confiabilidad del instrumento de medición

Al realizar la prueba de confiabilidad del Inventario de Depresión de Beck, se encontró un Alfa de Cronbach ($\alpha=0.83$), pudiendo determinar que el instrumento de medición es válido y confiable.

- Datos demográficos y clínicos de los participantes

Inicialmente, se analizaron los datos demográficos de la población que fue estudiada, los cuales se describen a continuación: La edad promedio de los participantes fue de 47.81 ± 15.91 años de edad. Acerca del estado civil, el 52% de los participantes eran solteros, 22.9% casados, 10.41% vivían en unión libre, 2.08% divorciados, y 12.5% viudos. En cuanto la escolaridad, el 39.5% de los participantes cuenta con escolaridad primaria, el 25% con escolaridad secundaria, 10.41% preparatoria, 4.16% carrera técnica, 12.5% profesional, 4.16% no cuentan con escolaridad. Sobre la situación laboral, el 72.9% de los participantes fueron desempleados, 6.25% eran estudiantes, 4.16% técnicos, 12.5% profesionistas y 4.16% eran pensionados; por lo tanto, el 54.1% de los participantes aún laboraba. A su vez, en cuanto a la religión referida, 77% practican la religión católica, 14.58% cristianos, 4.16% refieren no practicar ninguna religión, y 2.08% se describieron como ateos. Finalmente, al analizar las comorbilidades médicas, el 35.4% tenía diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 + Hipertensión Arterial Sistémica, 16.66% solo Hipertensión Arterial Sistémica, 14.58% Diabetes Mellitus tipo 2 + Hipertensión arterial sistémica + otra enfermedad, 12.5% Hipertensión Arterial Sistémica + otra enfermedad, 8.33% otras comorbilidades, y 6.25% padecían Diabetes Mellitus tipo 2 solamente.

Tabla 1. Demográficos

Variable	Frecuencia	Media	Desviación estándar
Edad	-	47.81	15.91
Género			
Masculino	23	-	-
Femenino	25	-	-
Estado Civil			
Soltero	25	-	-
Casado	11	-	-
Unión libre	5	-	-
Divorciado	1	-	-
Viudo	6	-	-
Escolaridad			
Ninguna	2	-	-
Primaria	19	-	-
Secundaria	12	-	-
Preparatoria	5	-	-
Técnica	2	-	-
Licenciatura	6	-	-
Ocupación			
Desempleado	35	-	-
Estudiante	3	-	-
Técnico	2	-	-
Profesionista	6	-	-
Pensionado	2	-	-
Religión			
Ninguna	2	-	-
Ateo	1	-	-
Cristiano	7	-	-
Católico	37	-	-
Testigo de Jehová	0	-	-
Comorbilidades			
Ninguna	1	-	-
DM2	3	-	-
DM2 + HTA	17	-	-
DM2 + HTA + Otro	7	-	-
HTA	8	-	-
HTA + Otro	6	-	-
Otros	4	-	-
Actualmente labora			
No	20	-	-
Si	26	-	-
N= 48			

-Datos demográficos y clínicos de los participantes y síntomas depresivos

Al realizar la prueba de correlación bivariada, se encontró una correlación positiva entre la edad y el puntaje del Inventario de Depresión de Beck ($r=0.291$, $p=0.045$). Esto significa que entre mayor edad presentaba el paciente, mayor era la severidad de los síntomas depresivos reportados.

Al realizar Prueba T (no paramétrica) de muestras independientes, con U de Mann-Whitney, se comparó el puntaje del Inventario de Depresión de Beck con los datos demográficos y se encontró una diferencia estadística significativa entre los síntomas depresivos y la condición laboral; siendo mayor el promedio de síntomas depresivos en

los que no laboran (M=15.10, DV=9.41), en comparación con los que sí laboran (M=9.46, DV=7.80); $p=0.022$.

-Evaluación de la severidad de depresión

De acuerdo con el puntaje total del primer y el segundo Inventario de Depresión de Beck aplicado, el 66.7% se diagnosticaron con depresión mínima.

En el primer Inventario de Depresión de Beck, 20.83 tuvieron síntomas leves, 8.33% moderados, y 4.16% severidad grave.

En el segundo Inventario de Depresión de Beck, 14.58% tuvieron síntomas leves, 10.41% moderados, y 8.33% sintomatología grave.

Al comparar las medias de ambos resultados, no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el puntaje obtenido en depresión de hace un año y medio con el actual ($p=0.43$), al realizar Prueba T (no paramétrica) de muestras relacionadas, con signo de Wilconxon.

Tabla 2. Resultados Inventario de Beck

<i>Variable</i>	Frecuencia	Media	Desviación estándar
<i>Puntaje total 1</i>	-	10.85	8.09
<i>Tipo de depresión 1</i>			
<i>Mínima</i>	32	-	-
<i>Leve</i>	10	-	-
<i>Moderada</i>	4	-	-
<i>Grave</i>	2	-	-
<i>Puntaje total 2</i>	-	12.22	9.02
<i>Tipo de depresión 2</i>			
<i>Mínima</i>	32	-	-
<i>Leve</i>	7	-	-
<i>Moderada</i>	5	-	-
<i>Grave</i>	4	-	-
<i>N= 48</i>			

Al analizar cada grado de severidad de la depresión con las características de los pacientes ya mencionadas anteriormente, resultando no estadísticamente significativo la correlación con el tiempo de diagnóstico en años ($p=0.64$), tiempo de catéter en años ($p=0.7$), antecedente de tratamiento con diálisis peritoneal ($p=0.44$), antecedente de sintomatología depresiva a inicios de tratamiento en hemodiálisis ($p=0.93$), si se localizó en una segunda ocasión ($p=0.6$), si se realizó una segunda evaluación ($p=0.23$), si continúa en tratamiento en hemodiálisis ($p=0.28$), o el número de comorbilidades presentadas ($p=0.07$).

A pesar de no resultar significativa la relación entre la severidad de síntomas depresivos y el tiempo de hemodiálisis en años ($p=0.67$), sí se observa una tendencia ascendente de que a mayor tiempo de tratamiento hay mayor severidad de los síntomas.

Fue estadísticamente significativa la correlación entre el grado de severidad de los síntomas depresivos y la presencia de actividad laboral ($p=0.001$), teniendo la mayoría de los pacientes que aún trabajan síntomas leves.

Al observar la pérdida importante de muestra entre la primera toma en 2016 ($n=95$) a la segunda ($n=48$) en 2018, se realizó una búsqueda acerca del estado de los pacientes, tratando de localizarlos por medio de los datos registrados en el expediente clínico. Se recolectaron los números de teléfono y se les marcó a cada uno, logrando contactar a 25 familiares que confirmaron el fallecimiento de los pacientes en ese período de tiempo. Al no resultar significativa la hipótesis de trabajo, sobre que a mayor tiempo en hemodiálisis se presentaba mayor severidad de síntomas depresivos, se hipotetizó que quizás entre los pacientes que fallecieron, sí existía una relación con la severidad de síntomas depresivos, pero al analizar los datos, no se encontró esa correlación ($p=0.49$).

Tabla 3

	Depresión mínima	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión grave	P
Tiempo de diagnóstico (años)	4.4	4.74	5.33	4	0.64
Tiempo de catéter (años)	3.91	4.39	4.33	3.5	0.706
Tiempo de hemodiálisis (años)	3.51	3.7	3.89	4.17	0.675
Aun realiza trabajo n (%)	35 (39.8)	9 (10.2)	1 (1.1)	0 (0)	0.001
Antecedente de diálisis peritoneal n (%)	11 (11.6)	4 (4.2)	3 (3.2)	0 (0)	0.448
Antecedente de depresión n (%)	7 (7.4)	4 (4.2)	1 (1.1)	1 (1.1)	0.935
Se localizo en una segunda ocasión n (%)	47 (49.5)	20 (21)	6 (6.3)	5 (5.3)	0.606
Se realizo una segunda evaluación n (%)	36 (37.9)	13 (13.7)	3 (3.2)	2 (2.1)	0.23
Continua en hemodiálisis n (%)	35 (36.8)	13 (13.7)	3 (3.2)	2 (2.1)	0.284
Falleció n (%)	12 (12.8)	7 (7.4)	3 (3.2)	3 (3.2)	0.495
Numero de comorbilidades					
0	7 (7.4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0.074
1	16 (16.8)	4 (4.2)	3 (3.2)	0 (0)	
2	23 (24.2)	14 (14.7)	4 (4.2)	2 (2.1)	
3	10 (10.5)	3 (3.2)	1 (1.1)	2 (2.1)	
4	1 (1.1)	2 (2.1)	1 (1.1)	6 (6.3)	

Discusión

Al analizar los resultados, no se encuentra relación de que a mayor tiempo de tratamiento en hemodiálisis se presenta una mayor severidad de síntomas depresivos ($p=0.43$). Sin embargo, se encontró que a mayor edad se presenta una mayor severidad de síntomas depresivos ($p=0.045$). Es mayor la severidad de los síntomas depresivos en los que no laboran, que en los que sí laboran ($p=0.022$). De los pacientes que fallecieron antes de octubre de 2017, no fue significativo que presentaran mayor severidad de síntomas depresivos ($p=0.49$). No hubo relación entre mayor severidad de síntomas depresivos a mayor número de comorbilidades médicas ($p=0.07$). Sin embargo, existe una puntuación mayor en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II + Hipertensión + otra condición médica ($p=0.01$).

Se llevó a cabo una investigación similar (Cukor et al., 2008) a la presentada, con un seguimiento entre sus pacientes a 16 meses, y se encontró que los pacientes con un curso persistente tenían menor calidad de vida, a comparación con los no deprimidos y los intermitentemente deprimidos. El mayor predictor al segundo tiempo de toma de muestra fue la mayor severidad de depresión en el primer tiempo de muestra.

En otra investigación reciente, la depresión empeoró a través del tiempo de manera lineal a diferencia de nuestro estudio (Khan et al., 2019).

En México, el único estudio encontrado en la revisión de bibliografía, en un estudio transversal, estimó la prevalencia de depresión en un 42%. Además, aclaran que usar un punto de corte igual al de la población general puede sobreestimar la presencia de la depresión. En estos pacientes, un puntaje de IDB >16 se considera con mayor posibilidad de estar deprimidos, con una sensibilidad de 92% y una especificidad de 80% (Teles et al., 2014), por la ya mencionada confusión entre síntomas urémicos y depresivos.

En otro estudio, la severidad de la depresión fue mayor en aquellos con menor escolaridad ($P < 0.5$) (Karaminia et al., 2007), siendo que con nosotros este factor no resultó significativo.

Además, también se ha encontrado que la depresión se asocia a un inicio de tratamiento con diálisis (Chen et al., 2010).

En un estudio, se encontró mayor riesgo de síntomas depresivos en mujeres jóvenes y menor en pacientes >65 años (Jeon et al., 2012), además que llama la atención que, entre sus resultados, aquellos pacientes deprimidos que se encontraban hospitalizados, presentaban una menor mortalidad intrahospitalaria, quizás por la mayor atención por aumento de empatía que generaban, o por un infradiagnóstico entre aquellos pacientes más enfermos.

A diferencia de nuestros resultados, en otro estudio (Chan et al., 2011) se encontró una correlación inversa referente a la severidad de síntomas depresivos y la edad, resultando en ese equipo una mayor severidad en población más joven. En contraste, un estudio encontró una relación similar de acuerdo a la edad y síntomas depresivos de una manera directa (Jeon et al., 2012).

Se cree que, con un tratamiento oportuno de los síntomas depresivos en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis, se puede prevenir la muerte prematura y potencialmente mejorar sus resultados, debido a que esta comorbilidad tiene una mayor afectación en la mortalidad que otras complicaciones (Palmer, Vecchio, Craig, Tonelli, Johnson, Nicolucci, Pellegrini, Saglimbene, Logroscino, Hedayati, et al., 2013).

Aún no existe un consenso de cuáles son los factores protectores o factores de riesgo que tomar en cuenta para tamizar depresión en esta población. Se sugiere que múltiples medidas de depresión puede ser más confiable que una sola evaluación (Jeon et al., 2012).

Aunque es poco frecuente en esta población, una de las complicaciones del trastorno depresivo mayor más impactantes es el suicidio, por lo que no debe olvidarse la exploración de estas ideas en estos pacientes. Como factores de riesgo descritos por otros autores, se encuentran ser hombres ($p < 0.001$), no asegurados ($p < 0.001$) y tener dependencia de drogas o alcohol ($p < 0.001$), y menos probables de ser negros ($p = 0.04$), no ambulatorios ($p = 0.02$), tener diabetes ($p = 0.002$), insuficiencia cardíaca congestiva ($p = 0.01$) o stroke previo ($p = 0.04$). La edad > 75 años, hombres, etnia caucásica/asiática, dependencia a alcohol o drogas, hospitalización reciente (particularmente de enfermedad mental) fueron significativos o independientes predictores de suicidio (Kurella et al., 2005). Además se encuentra como etapa de mayor riesgo los primeros 3 meses de tratamiento en diálisis disminuyendo a través del tiempo, y esto pudiera apuntar a que el mejor momento de realizar una anamnesis imperante es a los pacientes de nuevo diagnóstico de enfermedad renal crónica. No es bien sabido si la presencia de la enfermedad renal exacerba una vulnerabilidad preexistente. Probablemente un grupo de edad más joven es menos probable que comenta suicidio, debido a que es un grupo con mejor pronóstico, mayor supervivencia y mayor probabilidad de trasplante.

Limitaciones

Se estima un posible sobre reporte de síntomas somáticos en pacientes de mayor edad y en los que no tienen trabajo, los cuales fueron las dos poblaciones que este estudio detectó como vulnerables de presentar mayor severidad de síntomas depresivos. Además, el Inventario de Depresión de Beck, por los ítems que evalúa, facilita que se lleve a cabo este reporte de síntomas.

De los 98 participantes en 2016, 25 pacientes sabemos que fallecieron, pero otros 17 no pudieron ser localizados debido a que sus datos (domicilio/teléfono) ya no estaban actualizados en el expediente clínico que fue consultado. No es posible saber si estos

pacientes originalmente presentaban sintomatología más grave y que esto sea un sesgo en la interpretación de nuestros resultados.

No se realizó entrevista clínica por parte del equipo investigador, el cual se considera el estándar de oro para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, pero por limitaciones de horario y físicas por parte del equipo de evaluación y de los pacientes no fue posible realizarse, sin embargo, se considera un punto fuerte el hecho de detectar a los pacientes con sintomatología más severa para enviarlos a una consulta donde pudieran ser mejor abordados por parte del servicio de Medicina de Enlace.

La detección de síntomas depresivos no equivale al diagnóstico de trastorno depresivo mayor, por lo que se necesitan más estudios para determinar la verdadera prevalencia de ambas entidades como comorbilidades sindrómicas, y no una trasposición de síntomas individuales.

Futuras direcciones

Al aumentar en los últimos años la cantidad de investigación dirigida a pacientes con enfermedad renal crónica con síntomas depresivos, en especial aquellos que identifican población vulnerable o factores protectores o de riesgo para presentar esta comorbilidad, se cree que esta población también podría beneficiarse si aumentan los estudios que se dirijan a estudiar el curso de estas enfermedades para poder estandarizar el momento oportuno para iniciar el abordaje integral de tamizaje para detectar de manera temprana y, por lo tanto, el tratamiento temprano, así como la mejor herramienta diagnóstica, para reducir el gran impacto negativo que puede tener sobre la salud física, mental y social del paciente, y así mejorar la calidad de vida.

Conclusión

La enfermedad renal crónica es una enfermedad de alta prevalencia e impacto en la población adulta, debido al aumento de enfermedades crónico degenerativas en personas cada vez mayores, y no es poco frecuente que se presenten además síntomas depresivos

que impacten en la calidad de vida del paciente, al punto de aumentar el riesgo de hospitalizaciones, complicaciones y mortalidad por cualquier causa.

Debido a esto, fue de especial interés la colaboración entre el Departamento de Psiquiatría y el Servicio de Nefrología para evaluar a los pacientes que en el momento de la investigación se encontraban en tratamiento en hemodiálisis.

Fue de gran relevancia encontrar que no se probó la hipótesis inicial, que planteaba que, independientemente del tiempo en años que llevaran en tratamiento, a un año y medio presentarían una mayor severidad de sintomatología depresiva. Sin embargo, sí se lograron identificar sub poblaciones de riesgo entre estos mismos pacientes, siendo de mayor importancia aquellos de mayor edad, y aquellos que no laboran.

Se pretende aportar con estos conocimientos generados a partir de esta investigación a futuros trabajos que ayuden a mejorar la vivencia del paciente renal crónico, de manera que se logre estandarizar un algoritmo de manejo que se pueda generalizar a distintos lugares y así detectar y tratar de la mejor manera a estos pacientes.

Anexos



HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ E.
GONZÁLEZ"
INVENTARIO DE BECK



Nombre:		
Entrevistador:	Evaluación:	Fecha: DÍA / MES / AÑO

En este cuestionario hay grupos de oraciones, por favor lea cada grupo cuidadosamente y escoja la oración de cada grupo, que mejor describa cómo se ha sentido esta última semana, incluyendo hoy. Marque con una X la oración que haya escogido. Si varias oraciones en el grupo parecen aplicarse a su caso marque sólo una. Asegúrese de leer todas las aseveraciones en cada grupo antes de contestar.

- 1 0 [] No me siento triste.
1 [] Me siento triste.
2 [] Me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme.
3 [] Me siento tan triste o infeliz que ya no lo soporto.
- 2 0 [] No me siento desanimado acerca del futuro.
1 [] Me siento desanimado acerca del futuro.
2 [] Siento que no tengo para qué pensar en el porvenir.
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
- 1 [] Me siento descontento conmigo mismo.
- 2 [] Me siento a disgusto conmigo mismo.
- 3 [] Me odio a mí mismo.

- 8 0 [] No siento que sea peor que otros.
- 1 [] Me crítico a mí mismo por mi debilidad y mis errores.
- 2 [] Me culpo todo el tiempo por mis errores
- 3 [] Me culpo por todo lo malo que sucede.

- 9 0 [] No tengo ninguna idea acerca de suicidarme.
- 1 [] Tengo ideas de suicidarme pero no lo haría
- 2 [] Quisiera suicidarme.
- 3 [] Me suicidaría si tuviera la oportunidad.

110. 0 [] No lloro más que de costumbre.
1 [] Lloro más que antes.
2 [] Lloro todo el tiempo.
3 [] Podría llorar pero ahora no puedo aunque quisiera.

111. 0 [] Ahora no estoy más irritable que antes.
1 [] Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
2 [] Me siento irritado todo el tiempo.
3 [] No me irrito para nada con las cosas que antes me irritaba.

112. 0 [] No he perdido el interés en la gente.
1 [] No me interesa la gente como antes.
2 [] He perdido la mayor parte de mi interés en la gente.
3 [] He perdido todo el interés en la gente.

113. 0 [] Tomo decisiones tan bien como siempre.
1 [] Pospongo decisiones con más frecuencia que antes.
2 [] Se me dificulta tomar decisiones.
3 [] No puedo tomar decisiones en nada.

114. 0 [] No siento que me vea más feo que antes.
1 [] Me preocupa que me vea viejo y feo.
2 [] Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen que me vea feo.
3 [] Creo que me veo horrible.

115. 0 [] Puedo trabajar tan bien como antes.
1 [] Tengo que hacer un esfuerzo extra para iniciar algo.
2 [] Tengo que obligarme a hacer cualquier cosa.
3 [] No puedo trabajar para nada.

16. 0 [] Duermo tan bien como antes.
1 [] No duermo tan bien como antes.
2 [] Me despierto 1 ó 2 horas antes de lo acostumbrado y me es difícil volver a dormirme.
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 [] 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).

19. 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.

20. 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: []

Bibliografia

- Chan, R., Steel, Z., Brooks, R., Heung, T., Erlich, J., Chow, J., & Suranyi, M. (2011). Psychosocial risk and protective factors for depression in the dialysis population: A systematic review and meta-regression analysis. *Journal of Psychosomatic Research, 71*(5), 300–310. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.05.002>
- Chen, C.-K., Tsai, Y.-C., Hsu, H.-J., Wu, I.-W., Sun, C.-Y., Chou, C.-C., Lee, C.-C., Tsai, C.-R., Wu, M.-S., & Wang, L.-J. (2010). Depression and Suicide Risk in Hemodialysis Patients With Chronic Renal Failure. *Psychosomatics, 51*(6), 528-528.e6. [https://doi.org/10.1016/s0033-3182\(10\)70747-7](https://doi.org/10.1016/s0033-3182(10)70747-7)
- Cukor, D., Coplan, J., Brown, C., Peterson, R. A., & Kimmel, P. L. (2008). Course of depression and anxiety diagnosis in patients treated with hemodialysis: A 16-month follow-up. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology, 3*(6), 1752–1758. <https://doi.org/10.2215/CJN.01120308>
- Hedayati, S. S., Bosworth, H. B., Kuchibhatla, M., Kimmel, P. L., & Szczech, L. A. (2006). The predictive value of self-report scales compared with physician diagnosis of depression in hemodialysis patients. *Kidney International, 69*(9), 1662–1668. <https://doi.org/10.1038/sj.ki.5000308>
- Hegde, A., Veis, J. H., Seidman, A., Khan, S., & Moore, J. (2000). High prevalence of alcoholism in dialysis patients. *American Journal of Kidney Diseases, 35*(6), 1039–1043. [https://doi.org/10.1016/S0272-6386\(00\)70037-0](https://doi.org/10.1016/S0272-6386(00)70037-0)
- Jeon, H. J., Park, H. C., Park, J. I., Lee, J. P., Oh, K. H., Chin, H. J., Joo, K. W., Kim, Y. S., Lim, C. S., Ahn, C., Han, J. S., Kim, S., & Oh, Y. K. (2012). The effect of depression and health-related quality of life on the outcome of hemodialysis patients. *Kidney Research and Clinical Practice, 31*(1), 54–61. <https://doi.org/10.1016/j.krcp.2012.01.001>
- Karaminia, R., Tavallai, S. A., Lorgard-Dezfuli-Nejad, M., Moghani Lankarani, M., Hadavand Mirzaie, H., Einollahi, B., & Firoozan, A. (2007). Anxiety and Depression: A Comparison Between Renal Transplant Recipients and Hemodialysis Patients. *Transplantation Proceedings, 39*(4), 1082–1084. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2007.03.088>
- Kessler, R., Örmel, J., Petukhova, M., Katie, A., Green, J., Russo, L., Stein, D., Zaslavsky, A., Aguilar-gaxiola, S., & Alonso, J. (2011). Development of lifetime comorbidity in the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Archives of General Psychiatry, 68*(1), 90–100. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3057480/pdf/nihms248990.pdf>
- Khalil, A. A., Lennie, T. A., Franzier, S. K. (2010). *Understanding the Negative Effects Of Depressive Symptoms in Patients With ESDR Receiving Hemodialysis* (p. 9).
- Khan, A., Khan, A. H., Adnan, A. S., Sulaiman, S. A. S., & Mushtaq, S. (2019). Prevalence and predictors of depression among hemodialysis patients: A prospective follow-up study. *BMC Public Health, 19*(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6796-z>
- Kimmel, P. L., Cukor, D., Cohen, S. D., & Peterson, R. A. (2007). Depression in End-Stage Renal Disease Patients: A Critical Review. *Advances in Chronic Kidney Disease, 14*(4), 328–334. <https://doi.org/10.1053/j.ackd.2007.07.007>

- Kurella, M., Kimmel, P. L., Young, B. S., & Chertow, G. M. (2005). Suicide in the United States end-stage renal disease program. *Journal of the American Society of Nephrology*, *16*(3), 774–781. <https://doi.org/10.1681/ASN.2004070550>
- Lacson, E., Bruce, L., Li, N. C., Mooney, A., & Maddux, F. W. (2014). Depressive affect and hospitalization risk in incident hemodialysis patients. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, *9*(10), 1713–1719. <https://doi.org/10.2215/CJN.01340214>
- Murtagh, F. E. M., Addington-Hall, J., & Higginson, I. J. (2007). The Prevalence of Symptoms in End-Stage Renal Disease: A Systematic Review. *Advances in Chronic Kidney Disease*, *14*(1), 82–99. <https://doi.org/10.1053/j.ackd.2006.10.001>
- Palmer, S., Vecchio, M., Craig, J. C., Tonelli, M., Johnson, D. W., Nicolucci, A., Pellegrini, F., Saglimbene, V., Logroscino, G., Fishbane, S., & Strippoli, G. F. M. (2013). Prevalence of depression in chronic kidney disease: Systematic review and meta-analysis of observational studies. *Kidney International*, *84*(1), 179–191. <https://doi.org/10.1038/ki.2013.77>
- Palmer, S., Vecchio, M., Craig, J. C., Tonelli, M., Johnson, D. W., Nicolucci, A., Pellegrini, F., Saglimbene, V., Logroscino, G., Hedayati, S. S., & Strippoli, G. F. M. (2013). Association between depression and death in people with CKD: A meta-analysis of cohort studies. *American Journal of Kidney Diseases*, *62*(3), 493–505. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2013.02.369>
- Sosa-Medellín, M. Á., & Luviano-García, J. A. (2018). *Terapia de reemplazo renal continua. Conceptos, indicaciones y aspectos básicos de su programación*. *34*(2), 288–298. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2018/mim182j.pdf>
- Teles, F., de Azevedo, V. F. D., de Miranda, C. T., de Melo Miranda, M. P., Teixeira, M. D. C., & Elias, R. M. (2014). Depression in hemodialysis patients: The role of dialysis shift. *Clinics*, *69*(3), 198–202. [https://doi.org/10.6061/clinics/2014\(03\)10](https://doi.org/10.6061/clinics/2014(03)10)
- Wilson, B., Spittal, J., Heidenheim, P., Herman, M., Leonard, M., Johnston, A., Lindsay, R., & Moist, L. (2006). Screening for depression in chronic hemodialysis patients: Comparison of the Beck Depression Inventory, primary nurse, and nephrology team. *Hemodialysis International*, *10*(1), 35–41. <https://doi.org/10.1111/j.1542-4758.2006.01172.x>

Resumen autobiográfico

Melissa Balandrán Guzmán, de 28 años, es originaria y residente de Nuevo León, México.

Realizó sus estudios universitarios en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Actualmente se encuentra cursando el programa de residencia para la especialidad de Psiquiatría en el Hospital Universitario 'Dr. José Eleuterio González', con un entrenamiento en psiquiatría y psicoterapia psicodinámica.

Es de su particular interés: Medicina de Enlace, Urgencias Psiquiátricas, Trauma Psicológico y Trastornos Disociativos.
