

La depresión en el paciente renal

Ariel Alarcón Prada¹

Resumen

La depresión es la alteración psiquiátrica más común en pacientes con IRCT tratados con HD, puede tener efectos adversos sobre los resultados y eleva las tasas de morbimortalidad, dado que influye negativamente sobre diversos factores somáticos y emocionales del paciente, definitivos para su recuperación. Hemos diseñado un plan de tratamiento, según la intensidad de la depresión, que ha resultado útil y cuya eficacia se está valorando empíricamente. El esquema presupone el funcionamiento de un equipo terapéutico integrado por diversos profesionales de la salud entrenados en el manejo de la salud mental de los pacientes renales. Se propone que todos los pacientes con IRCT tengan no sólo una valoración psicológica diagnóstica, sino un proceso psicoterapéutico formal, lo cual facilitaría el trabajo psicológico posterior y proporcionaría indicadores de los niveles iniciales de depresión y salud mental, que serán comparados con los niveles subsiguientes, medidos secuencialmente. Es fundamental la psicoeducación a los pacientes y sus familiares sobre la depresión y la importancia de la consulta temprana. Existen diversas posibilidades de intervención para manejar la depresión, según su intensidad. La psicoterapia es una buena alternativa de tratamiento que, en los casos más graves, debe combinarse con el uso de psicofármacos, aunque antes es necesario analizar cuidadosamente los potenciales efectos secundarios y las interacciones con otras drogas que usualmente toman estos pacientes.

Palabras clave: depresión, insuficiencia renal, tratamiento.

Title: Depression in the Renal Patient.

Abstract

Depression is the most common psychiatric alteration in ESRD patients treated with hemodialysis. It may have adverse effects on outcomes, by increasing morbid-mortality rates because of its negative impact on a diversity of somatic and emotional factors presented on patients, which are critical for their recovery. We have designed a treatment strategy, which depends on the depression intensity. This strategy has resulted useful and its efficacy is being empirically tested. The schema presupposes a functional therapeutic staff, composed of a diversity of health professionals trained in the management of mental health of renal patients. We propose that renal disease patients might have not only a diagnostic psychological evaluation, but also a formal psychotherapeutic process. This would facilitate the later psychological work and would yield indicators about initial levels of depression and mental health, which will be compared to later sequentially measured levels. It is essential for patients

¹ Psiquiatra, psicoanalista, docente en Psiquiatría de Enlace en la Universidad del Rosario y en la Clínica de Marly.

and their families to receive psycho education about depression theory and the importance of early counseling. There are many intervention techniques to manage depression based on its intensity. Psychotherapy is a good choice and may be complemented with psychiatric drugs in most severe cases after a careful analysis of potential secondary effects and interactions with common ESRD drugs.

Key words: *Depression, kidney failure, treatment.*

Importancia clínica de la depresión

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha predicho que en los próximos veinte años la depresión será la segunda enfermedad más común y la segunda también económicamente más costosa en todo el mundo (1). La depresión es la enfermedad psiquiátrica más frecuente. Se ha calculado que una depresión tan significativa como para que los pacientes sean tratados por psiquiatras afecta aproximadamente al 10% de la población durante toda su vida. Esta condición es la primera causa de hospitalizaciones psiquiátricas (representando el 23,3% del total de hospitalizaciones). Sin embargo, también se ha calculado que el 80% de los pacientes que sufre de depresión o no reciben tratamiento, o no son tratados por psiquiatras (2). Estas estadísticas corresponden a estudios estadounidenses, pero no hay razones para pensar que la prevalencia sea diferente en Latinoamérica, excepto, tal

vez, la última, debido a la franja de población desamparada por los servicios de salud, por lo que se puede esperar una tasa más alta de pacientes sin tratamiento.

La presencia de una o más condiciones médicas crónicas eleva la prevalencia reciente (en seis meses) y de toda la vida de 5,8% a 9,4% y de 8,9% a 12,9%. En general, cuanto más grave sea la enfermedad, es más probable que la depresión la complique (2). La depresión compuesta, que ocurre cuando la depresión coexiste con otra enfermedad psiquiátrica o médica, se caracteriza por una magnitud mayor del afecto depresivo y por ser usualmente más resistente al tratamiento. Además, la depresión se asocia con tasas de mortalidad elevadas en pacientes con infarto agudo de miocardio y en pacientes de medicina general hospitalizados (1).

De acuerdo con los criterios de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense, consignados en su cuarta versión del manual diagnóstico y estadístico DSM- IV (3), un episodio depresivo mayor (DM) se diagnostica cuando el paciente presenta un cambio respecto a su funcionamiento previo, que dure por lo menos dos semanas, en las cuales el paciente perciba bien sea un estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés o de la capacidad para experimentar el placer, y por lo menos cinco síntomas de un grupo de nueve: (1)

el estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días; (2) una marcada disminución o la pérdida del interés o el placer en la mayoría de las actividades la mayor parte del día; (3) una pérdida o aumento importante del peso corporal, sin hacer dieta o pérdida o aumento del apetito casi cada día; (4) insomnio o hipersomnias; (5) fatiga o pérdida de energía casi cada día; (6) agitación o enlentecimiento psicomotores; (7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados; (8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o (9) indecisión y pensamientos recurrentes de muerte incluyendo la ideación suicida (3).

Es importante tener en cuenta que, según la Asociación Psiquiátrica Estadounidense, no se puede establecer un diagnóstico de DM si los síntomas consignados se explican mejor por la presencia de un duelo o de una condición médica (3). Situaciones ambas que son inherentes a la condición de enfermo renal crónico, lo cual complica mucho este diagnóstico en este tipo de pacientes.

La depresión no es igual para todo el mundo, es más existen diferentes intensidades de cuadros depresivos, y por ello se han desarrollado diferentes escalas para medir los síntomas depresivos, de las cuales la más conocidas en nuestro medio son las de Hamilton y de Beck (BDI). Esta última es una escala autoadminis-

trada que demanda de diez a quince minutos a los pacientes. En sujetos sin una enfermedad crónica, una puntuación del BDI < de 9 sugiere la ausencia de depresión, entre 10 a 18 representa un afecto depresivo de leve a moderado, de 19 a 29 es de moderado a grave y = a 30 indica índices crónicos de depresión.

Caso clínico 1. La señora H

La señora H fue hospitalizada en el Servicio de Medicina Interna una semana atrás. Ya había llamado la atención tanto de su internista tratante como del personal de enfermería por su extrema delgadez y apariencia de una persona mucho mayor que la edad real que tenía (49 años). Se negaba a comer y permanecía día y noche silenciosa y con los ojos muy abiertos, sin dormir. Hablaba poco. Ese día (el octavo) de la hospitalización, su hija había solicitado una valoración por Psiquiatría, ya que notaba a su madre mucho más callada que de costumbre y en el pasado le habían formulado flouxetina.

Antes de hablar con ella, su psiquiatra interconsultante encontró, al leer la historia, que había sido hospitalizada en cuatro oportunidades, en los últimos seis meses, por complicaciones de una IRC y de su tratamiento con CAPD. Sus problemas de salud habían iniciado aproximadamente quince años atrás, cuando sentía debilidades y mareos frecuentes a los que no les "paró

bolas". Doce o trece años antes, en un examen de rutina para entrar a un trabajo, le dijeron que tenía principios de diabetes, que tenía que hacerse otros exámenes adicionales, pero ella no se los hizo. Se siguió sintiendo "regular", pero no consultó. Hace ocho años fue hospitalizada de urgencias por una cetoacidosis diabética y una infección urinaria. Desde allí le dijeron "que sus riñones no andaban bien, que se tenía que cuidar y aplicarse la insulina y hacer la dieta". "Yo me asusté mucho, cuando me vi entre la vida y la muerte, pero hacía trampas con la dieta y con la insulina... Me remitieron al psiquiatra dizque por depresión, pero yo nunca fui". Hace cinco años las cosas empeoraron, a tal punto que fue necesario iniciar una HD, a la que reaccionó con empeoramiento de su sensación de cansancio y debilidad crónicos, mareos incapacitantes y efecto aún más depresivo. Se iniciaron el estudio y los trámites para trasplante renal. Hace tres años había cambiado su modalidad dialítica por una CAPD, con la que se había sentido mejor de ánimo, pero el apetito había empeorado. Al inicio de su enfermedad renal la señora H pesaba 67 kg, para una estatura de 1,70 m. En la época de la HD había disminuido de peso hasta 61 kg, que había recuperado en la CAPD, así como su albúmina, que en esa época había vuelto a ser de 4,0 g/DI (para un valor normal de 5 g/DI), aunque había estado en 3 g/DI.

El cuadro se había empeorado globalmente desde hace seis meses, cuando tuvo tres episodios seguidos de peritonitis, que agravaron su sensación de inutilidad, frustración y angustia. Después de las peritonitis, su peso cayó nuevamente hasta los 59 kg y su albúmina hasta los 3,2 g/DI; su apetito no volvió a recuperarse, y había días en los que se sentía con tan poca energía, que no era capaz de levantarse de su cama en las mañanas, a pesar de que se sentía muy angustiada. Comenzó a asistir a sesiones semanales de psicoterapia con la psicóloga de su unidad renal. En ellas había asignado como causas de su depresión a las dificultades financieras y afectivas. En la psicoterapia pudo ventilar y reflexionar sobre esta conflictiva (véase adelante), pero sus síntomas depresivos no mejoraron. En una de sus hospitalizaciones anteriores fue valorada por otro psiquiatra, quien formuló 20mg/d de fluoxetina, que ella tomaba juiciosamente desde hace tres meses, sin que los síntomas se modificaran sustancialmente. No continuó con la psicoterapia.

Esta vez había sido hospitalizada de nuevo con el diagnóstico de nefropatía diabética, IRCT, peritonitis y depresión. Sus síntomas principales en ese momento eran gran debilidad, anorexia, dolores abdominales, pérdida de peso y depresión.

Al ingreso tenía un pulso de 105, una tensión arterial (TA) de 102/85 y pesaba 43 kg. Tenía sig-

nos de deshidratación y se notaba caquética, pero sin déficits cognitivos. Fue detectada una infección urinaria grave y una candidiasis oral. Su recuento de células blancas era de 9.300, hematocrito: 22%, sodio: 130 mEq/L, cloro: 108 mEq/L, potasio: 3,8 mEq/L, bicarbonato: 21 mEq/L, calcio: 3,9mg/dL, fósforo: 2,4 mg/dL, BUN: 24mg/DI, creatinina: 4,1 mg/dL, proteínas totales: 3,6 g/dL y albúmina: 1,5 g/dL. Le fue propuesto, además de la HD, un plan de hiperalimentación enteral, que ella rechazó, lo mismo que la dieta. Se venía aplicando insulina y tomando carbonato de calcio, multivitaminas, complementos alimenticios, suplemento férrico, calcitriol, lovastatina, omeprazol, bromacepam y fluoxetina.

Se trataba de una mujer mestiza, de 49 años, oriunda de la zona cafetera de Colombia. Llamaba la atención por su extrema delgadez y por el color cetrino de su piel. Era maestra de escuela en la región del Magdalena Medio y había sido obligada a salir intempestivamente de su pueblo, porque los paramilitares la habían acusado de ser auxiliadora de la guerrilla. Esto precedió en un año al inicio de su enfermedad renal. Tuvo que trasladarse a la capital de su departamento, primero, y luego a Bogotá, por lo que perdió su trabajo. Había sido la séptima entre doce hermanos. No se acordaba de su infancia. En el amor no le había ido bien. Había tenido varias rela-

ciones de pareja inestables sucesivas y tenía dos hijos de 15 y 17 años, de padres diferentes, con los que tenía muy poco contacto. Ahora tenía una relación de pareja muy conflictiva con un hombre casado.

En el examen psiquiátrico se le encontró muy deprimida, apática y con tendencia al mutismo; rechazaba la entrevista; tenía una debilidad tan extrema que le dificultaba el diálogo, la concentración y la atención; asimismo, presentaba ideación fuertemente minusvática, abandonica y culposa, al igual que gran astenia y adinamia y anorexia. El juicio y el raciocinio se conservaban, pero con prospección negativa (deseaba morir). Se corroboró el diagnóstico presuntivo de depresión, se cambió el antidepresivo por bupropión, se dejó el bromacepam y en la noche se inició trazodone. Se tomaron medidas preventivas por el riesgo suicida y se programó para una psicoterapia intensiva de dos sesiones diarias.

Mucha de la información relacionada la contó ella en las lentas sesiones de psicoterapia que se pudieron realizar en las dos semanas que permaneció hospitalizada. En general, sus síntomas nunca cambiaron y las sesiones eran muy difíciles, debido a su mutismo marcado. El contacto emocional con ella era muy pobre, pues sus respuestas eran muy parcas y lacónicas. Al principio ella pedía a su terapeuta que la dejara sola, que la dejara morir.

Frecuentemente la comunicación se interrumpía y los dos permanecían largos ratos en silencio, mirando al vacío. Su terapeuta se sentía fútil e incapaz de ayudarla. La segunda semana, la comunicación fue más fluida. Ella aprovechó a su terapeuta para hacerle un pormenorizado relato de los sufrimientos de su vida. Su septicemia empeoraba cada vez más. Al comienzo de la tercera semana de hospitalización tuvo una falla respiratoria que fue seguida de una falla multisistémica y un delirium agitado. El día 19 de su hospitalización fue encontrada sin vida por la enfermera de la mañana.

La depresión mayor y el paciente renal

La depresión es la anomalía psiquiátrica más común en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) tratados con hemodiálisis (HD). La depresión puede ser una respuesta ante una pérdida, y los pacientes con IRCT han sufrido múltiples pérdidas: rol familiar y laboral, función renal, habilidades físicas cognitivas, funcionamiento sexual, entre otras. En un estudio realizado por Kim y colaboradores, en Seúl (4), se encontró que el 70% de 96 pacientes en DP tenía, por lo menos, un nivel leve de depresión y un buen número, un nivel más que moderado. Al investigar las razones por las cuales los pacientes se consideraban deprimidos, encontraron que ellos se lo atribuían mucho más

a razones de la esfera emocional, que a razones físicas (4). Además, se ha postulado que las alteraciones neurobioquímicas que se presentan en los pacientes con uremia pueden influir en el desarrollo de la depresión (1).

En cuanto a las diferentes modalidades de tratamiento, se ha observado que los niveles de depresión en pacientes sometidos a HD domiciliaria pueden ser bajos, quizá porque las ventajas de este tipo de tratamiento superan las desventajas. Los pacientes reportan gran variedad de actividades, mientras están en la máquina de diálisis, incluso visitas de sus familiares y amigos, lo cual incrementa su red de soporte. Cosa parecida ocurre con los pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria (CAPD, por su sigla en inglés), quienes también presentan menor depresión (1). La depresión es común en pacientes que esperan recibir trasplante y está relacionada con las múltiples angustias generadas por el deterioro de la salud física. Pero quienes experimentan mayores depresiones son aquellos pacientes que han hecho un rechazo del riñón trasplantado y han debido regresar a la HD (5).

Aquellos quienes proporcionan cuidados médicos, con frecuencia, asumen que la depresión es una respuesta normal a la enfermedad y no reconocen la necesidad de una intervención activa (casos clínicos 1

y 2). En realidad, la depresión puede tener efectos adversos sobre los resultados, pues eleva las tasas de morbilidad y de mortalidad. Los pacientes que reciben tratamiento para la depresión son más capaces de enfrentar el estrés del trasplante y presentan un menor riesgo de problemas que puedan interferir con sus cuidados, que aquellos pacientes que no reciben dicho tratamiento. La depresión no tratada eleva el potencial para presentar conductas de afrontamiento maladaptativas, como regresión, incumplimiento de instrucciones, hostilidad y desesperanza prematura (6).

Como el diagnóstico indudable de DM en insuficiencia renal crónica (IRC) es muy difícil de establecer (véase la sección "Diagnóstico", más adelante), lógicamente lo es también el determinar la real incidencia epidemiológica de la coincidencia de estas dos condiciones clínicas. Tanto es así que en una revisión de diversos estudios, hecha en 1985, se encontraron variaciones diagnósticas para la depresión en pacientes con IRC de entre 0% y 100% (7). Por tal motivo diferentes investigadores han postulado que la prevalencia *real* de DM en pacientes con IRC es desconocida (1),(6),(7). Una de las principales carencias de la mayoría de los estudios sobre este tema es que la DM se ha diagnosticado en general usando escalas como la de Beck o la de Hamilton, y se han olvidado que éstas, en sí mis-

mas, no son diagnósticas del cuadro clínico de la DM y que es necesaria la corroboración hecha por un psiquiatra, aspecto del cual han carecido la mayoría de las investigaciones. Otro problema, al que hemos hecho referencia, es que estas escalas no discriminan entre los síntomas de la depresión y aquellos de la uremia (7). Por esto la mayoría de los estudios recientes ha desarrollado escalas propias o ha seguido utilizando las anteriores, pero excluyendo los síntomas somáticos del resto de la depresión. Estos investigadores han encontrado que los síntomas que más discriminan depresión en los pacientes renales son los sentimientos de culpa y de minusvalía, la preocupación con pensamientos sobre la muerte y las ideas y los planes suicidas (1).

Por tal razón, en los últimos años se han tratado de perfeccionar significativamente los criterios para estudiar la depresión en nuestros pacientes renales, intentando descartar al máximo los falsos positivos. Recientemente, los diseños investigativos, utilizando refinados instrumentos de medición y grupos poblacionales más grandes, han producido hallazgos sugestivos. Por ejemplo, en un estudio poblacional amplio, hecho por Kimmel y sus colegas, se trató de hallar los datos de hospitalizaciones en pacientes con IRCT en Estados Unidos, en 1993, y se encontró que el 8,9% de ellos fueron hospitalizados con un diag-

nóstico psiquiátrico. Las causas más comunes de hospitalización psiquiátrica en estos pacientes fueron la depresión y los trastornos afectivos, con un 26% (9). Diferentes estudios recientes, que utilizan entrevistas diagnósticas, además de escalas modificadas, y que excluyen los aspectos somáticos de la depresión, han encontrado, de todos modos, oscilaciones para las prevalencias para DM en IRC de entre el 6,5% y el 40% (1),(5).

Pero la depresión puede, además, variar en un paciente dado a lo largo del tiempo. Es usual que los niveles de depresión iniciales sean altos, pero un buen ajuste a la enfermedad y al tratamiento conllevan la disminución de los estados depresivos. No existen muchos estudios longitudinales, pero los que hay parecen sugerir este comportamiento declinante. Sin embargo, en los pacientes mayores de setenta años los niveles de depresión se mantuvieron constantes cuando fueron medidos tres años después (1). Lo anterior puede sugerir que los pacientes jóvenes se adaptan mejor y reducen su depresión inicial, mientras que los mayores se adaptan menos.

Impacto de la depresión en el curso de la enfermedad renal (ER)

Como es de suponer, la depresión afecta todos los niveles del curso de la ER y sus tratamientos. El

impacto de la percepción subjetiva de sí mismo como de una persona con una valía disminuida, con sentimientos hostiles, de frustración y de desconsuelo complican el curso de la enfermedad en diversos ámbitos. Los pacientes deprimidos no se adhieren al tratamiento completamente, alteran sus relaciones interpersonales y afectivas, se perciben a sí mismos como abandonados (que nadie los quiere y el apoyo emocional que reciben es poco) y perciben que la interferencia de la enfermedad en su calidad de vida es muy grande. Además, comen, duermen y se cuidan menos; se pueden malnutrir y piensan en suicidarse, por todo lo cual se ha asociado a la DM con una incrementada mortalidad de estos pacientes. Sin embargo, esta percepción de la vida cotidiana en las unidades renales no ha sido del todo fácil de corroborar por medios empíricos, cuando se sofistican los protocolos de investigación (5). Ahora miraremos con algún detalle determinados impactos más sobresalientes de la DM en los pacientes renales.

Impacto sobre la adherencia

Un paciente deprimido está menos motivado para cumplir con las prescripciones nefrológicas. La conexión exacta y sus mecanismos íntimos entre la depresión y la adherencia no ha sido fácil de establecer. Aunque los resultados de los estudios son contradictorios, hay indicios que nos hacen pensar que

medidores de adherencia, como la ganancia de peso iterdialítico (GPI) o las concentraciones de fósforo sanguíneo son alterados por la depresión. Pacientes muy deprimidos tienden a disminuir sus tiempos de asistencia a las sesiones de diálisis y a percibir que la enfermedad interfiere muy significativamente con sus vidas diarias y que reciben menos apoyo social (1).

Impacto sobre el sistema inmune

El sistema inmunológico se 'deprime' en los pacientes deprimidos. Este aspecto tiene una importancia fundamental en los pacientes con enfermedades médicas, que han sido trasplantados, que tienen algún carcinoma o en los pacientes renales. Pacientes deprimidos que no reciben tratamiento tienen una disminución en el funcionamiento de su inmunidad celular (8). Los pacientes deprimidos tienen grandes concentraciones circulantes de interleucina-1 (IL-1) y de otros reactivos de la fase aguda inmunológica. Los puntajes altos de depresión se correlacionan, asimismo, con grandes cantidades circulantes de marcadores inmunológicos, como el complemento hemolítico total, el funcionamiento de los linfocitos T y las concentraciones de IL-1. Estos mediadores están asociados con la mortalidad de los pacientes en HD. Por otra parte, estas alteraciones inmunológicas que conlleva la de-

presión inciden en la susceptibilidad de los pacientes a desarrollar infecciones, neoplasias o alteraciones autoinmunes, y arrojan una luz sobre la importancia de detectar oportunamente y de tratar rápida y enérgicamente a los pacientes deprimidos con IRC.

Depresión y mortalidad en la IRC

Es un hallazgo incuestionable en psiquiatría de enlace y en medicina interna que las depresiones graves incrementan la mortalidad de los pacientes en una serie de enfermedades crónicas (10). A este respecto, el fenómeno clínico más estudiado ha sido el infarto agudo de miocardio, con el cual no cabe ninguna duda de que los pacientes deprimidos se infartan más y que los infartados que se deprimen se mueren más (10). En un seguimiento durante tres años de 573 pacientes mayores de setenta años, Covinsky y sus colegas lograron demostrar que los más deprimidos habían tenido una tasa de mortalidad 34% más alta que los menos deprimidos, una vez controlados otros factores de riesgo (10).

Cuando se correlaciona simplemente la intensidad de la depresión con los índices de mortalidad en los pacientes renales, también se puede llegar a concluir rápidamente la estrecha conexión de ambos fenómenos, tal como lo hicieron muchos estudios clínicos en el pasado (1).

Pero al sofisticar las técnicas estadísticas, al excluir o manipular variables confundidoras (como edad, raza, género, condiciones de comorbilidad, marcadores nutricionales y estatus y dosis de la diálisis) y al aumentar el tamaño de las muestras, no se ha logrado hallar una correlación tan definitiva (1). De todos modos, coincidimos con la opinión de grupos importantes de investigación de estos problemas en el mundo, los cuales afirman que aun cuando las pruebas estadísticas no sean completamente consistentes, sí existen indicios suficientes como para considerar a la DM uno de los factores de riesgo para mortalidad en los pacientes con IRC, en el mismo plano de los otros factores de riesgo biomédicos (5). Por ejemplo, en un reciente estudio, al hacer una medición secuencial de los niveles de depresión, Kimmel y colegas (11), lograron demostrar que un incremento de una desviación estándar en los niveles de depresión estaba relacionado con un incremento del 18% al 32% en el riesgo de morir de los pacientes con IRC, cuando se controlaban otros factores de riesgo (11).

Los anteriores hallazgos señalan la importancia de un seguimiento constante de los niveles de depresión de todos los enfermos renales. No sorprende a nadie, aunque debe ser motivo de tratamiento, el que un paciente renal, en un momento dado, presente niveles llamativos de depresión. Lo que sí debe alarmar a los miembros de un grupo nefroló-

gico es que empeoren, al contrario de mejorar. Ese empeoramiento no tratado puede llegar a significar la muerte para estos pacientes.

Otra conclusión importante de este estudio, y del recuerdo de nuestra experiencia clínica con muchos pacientes (como nuestra señora H, del comienzo del artículo, en quien, además de sus rasgos de personalidad depresivos, hubo fallas en la detección temprana de su depresión, así como en su tratamiento, todo lo cual pudo haber conducido a esta paciente a la muerte), nos lleva a pensar que no basta con hacer una medición de los niveles de depresión en un momento dado y ya. Es muy importante que todo el personal de las unidades renales esté familiarizado con el diagnóstico y con el cuadro clínico de la depresión, tal como se suele presentar en este tipo de pacientes, y que los encargados de su salud mental indaguen constantemente a los pacientes y a sus familiares sobre esta posibilidad e, incluso, adelanten, de rutina, mediciones frecuentes a todos los pacientes usando escalas diagnósticas, con las que se puede facilitar la objetivización de los hallazgos (de la misma manera que se miden niveles de BUN o de creatinina). No se puede olvidar, insistamos una vez más, que la DM en los pacientes renales es un enemigo silencioso, insidioso, difícil de detectar, que se disfraza de muchas maneras, que nos puede causar muchos problemas y nos puede llegar a matar.

Depresión y riesgo de suicidio

Caso clínico 2. El señor J

El señor J, un hombre pensionado de 82 años de edad, fue llevado al servicio de urgencias por su esposa, después de que le habían realizado una hemodiálisis de urgencia. Era diabético tipo II desde hacía veinte años y había entrado en IRCT desde hacía seis meses, con un deterioro muy significativo de su calidad de vida. Le había comentado a su esposa en los últimos meses el deseo de no vivir más, de que “ojalá mi Dios se acordara de él”. Hacía un mes que se había tornado taciturno, insomne y muy silencioso, al contrario de como acostumbraba ser. Su esposa había relatado esto al personal de la unidad renal, quienes habían tratado de tranquilizarlos diciendo que esas eran reacciones ‘normales’ por la diálisis.

Tenía sesiones dialíticas lunes, miércoles y viernes. A la sesión del viernes anterior no había acudido, a pesar de que su esposa lo amonestó todo lo que pudo; simplemente no se paró de su cama, como tampoco lo hizo en todo el fin de semana. Permanecía acostado con los ojos abiertos día y noche, sin dormir. A la madrugada del lunes fue a la cocina y trató de cortarse en el sitio del puente arteriovenoso sobre su muñeca derecha, con tan buena suerte que el cuchillo no estaba afilado y que él presentaba mucha debilidad muscular y temblor. Encon-

trado inconsciente en la cocina, su esposa lo llevó primero a la unidad renal, donde se le practicó HD de urgencia ante las cifras de creatinina y nitrogenados. En la entrevista psiquiátrica posterior dio cuenta de que llevaba planeando varios meses este intento, porque estaba “cansado con su vida y con su enfermedad”. Se le encontraron otros signos indicadores de depresión mayor, por lo que se dejó hospitalizado en la clínica general y se iniciaron 25 mg/d de sertralina en el día, 25 mg de trazodona en la noche y una intervención psicoterapéutica en crisis intensiva, además de los cuidados nefrológicos y por medicina interna.

Tres días después se le dio de alta ante la promesa, creíble, hecha a nosotros y a su esposa, de no volver a intentar suicidarse, y luego de haber firmado un acta de no suicidio y de contar con la compañía de su hijo menor, quien regresó a vivir con sus padres mientras se resolvía la crisis. Continuó con psicoterapia expresiva y confrontativa en los controles diarios por psiquiatría y sus diálisis trisemanales. Cuatro semanas más tarde había mejorado su desempeño cognitivo y asistía asiduamente y con mucha motivación a sus diálisis. Incluso había comprado boletas para asistir el próximo domingo a los toros, cosa que no hacía desde siete años.

El suicidio es la complicación más grave de la DM. Se considera que un 15% de los pacientes hospi-

talizados por DM finalmente se suicida. Sumando hospitalizados y no hospitalizados, hasta un 50% de los casos de suicidio se han hecho en pacientes con DM. Además de que las personas con DM intentan suicidarse diez veces más que la población general, los trastornos depresivos se vinculan hasta con un 80% de los eventos suicidas (12),(13).

Se ha descrito que la presencia de una enfermedad física crónica y de difícil control se complica significativamente por la presencia de depresión mayor, pues es una de las complicaciones más graves y frecuentes de estas dos situaciones sumadas, el suicidio (13).

En los pacientes con IRC, estudios de los años setenta mostraban que la tasa de suicidios en pacientes en diálisis era entre 100 y 400 veces mayor que en la población general (1). Mucho se ha aprendido desde entonces en nefrología y en psiquiatría y los porcentajes son hoy menores, lo cual no quiere decir que el fenómeno sea menos preocupante: el riesgo de suicidarse para un paciente renal en nuestros tiempos continúa siendo quince veces mayor que para la población general, aunque el riesgo es mayor en pacientes de raza blanca que en el resto de razas. Otros factores de alto riesgo son la edad de más de 65 años y la comorbilidad con diabetes mellitus (estadísticas estadounidenses). Volvámoslo a decir: pacientes de raza

blanca, de más de 65 años, con IRC, diabetes y depresión tienen *mayor riesgo de cometer suicidio*.

Es posible que estas estadísticas sean aún mayores, debido a que muchos suicidios se pueden realizar de manera muy silenciosa. Los pacientes con IRCT pueden cometer suicidio de una manera relativamente más fácil que la población general por medio de la no adherencia a los tratamientos o por la manipulación de los accesos vasculares (el señor J).

Se considera que la incidencia de suspensión del tratamiento está alrededor del 9%, lo que provocó un 22% de las muertes de pacientes con IRCT de raza blanca (14). Existe controversia entre nefrólogos y psiquiatras con respecto a si la suspensión voluntaria de los programas de diálisis puede ser considerada como un intento de suicidio y la muerte por esta causa un suicidio. Yo considero que, incluso, la no adherencia al tratamiento puede ser considerada como un gesto o como un intento de suicidio —es el punto de partida con el que iniciamos la confrontación de esta situación en la psicoterapia con éstos pacientes—; con mucha mayor razón, la suspensión de la diálisis. Si se observan estas preocupantes cifras con cuidado, uno puede llegar a derivar de ellas la conclusión de que, aproximadamente, uno de cada diez pacientes en tratamiento en una unidad renal puede llegar a intentar



suicidarse y atentar directamente contra su vida, al no seguir las recomendaciones médicas o al dejar de asistir a las diálisis.

Con el señor J de nuestro Caso clínico 2, en realidad tuvimos la suerte de que su debilidad física y el poco filo de su cuchillo impidieran que él se hubiera cortado en el puente arteriovenoso de su muñeca. De haberlo logrado, en sus condiciones, seguramente habría fallecido en poco tiempo y su esposa habría encontrado un cuadro espeluznante en su cocina esa mañana. Él llevaba deprimido varios meses, había manifestado sus deseos de morir, pero todo esto pasó inadvertido para sus familiares cercanos y los miembros de su unidad renal. Uno tiende a acostumbrarse y a ver como inevitable el sufrimiento emocional y a ver como 'normal' el que una persona de 82 años, diabética y con IRC, no quiera vivir. Pero nada de esto es normal, es una depresión mayor. Y, *siempre*, hasta el final de la vida, se puede sufrir menos y disfrutar más, lo que constituye una de las razones de ser del psicoanálisis y la psicoterapia.

Mediadores biológicos de la depresión en pacientes renales

A partir de modelos derivados de la experimentación con animales y de hallazgos post mórtem en cerebros de pacientes que murieron con uremia, se han supuesto diversas anomalías en la síntesis de

neurotransmisores como consecuencia de las alteraciones de la hormona paratiroidea (PTH) vistas en la IRC. Todo lo cual podría explicar la aparición de diversas anomalías neuropsiquiátricas de la IR. Por ejemplo, el incremento de la PTH aumenta inicialmente la captación, la síntesis y la liberación de la norepinefrina (NE), pero luego la cascada se agota y la reduce; esto último lleva a alteraciones en las vías dopaminérgicas y a producir disforia, depresión y psicosis.

Cosa parecida ocurre con la serotonina, cuya síntesis se eleva como consecuencia de la elevación del triptófano, que ocurre en la IR. Estos modelos pueden contribuir a la explicación de las altas tasas de depresión en los pacientes renales (15). Otros mediadores que se han implicado son las citocininas, sustancias a las que se les ha atribuido un rol en el cuadro clínico de la depresión, ya que su regulación anormal genera síntomas como fatiga, alteraciones cognitivas, alteraciones del apetito y del sueño. Las citocininas están alteradas tanto en la uremia como en la depresión, lo que ha llevado a postular similitudes en la bioquímica cerebral de estas sustancias en ambas condiciones clínicas (1).

Diagnóstico de depresión
en el paciente renal

El diagnóstico diferencial de esta enfermedad en nuestros pa-

cientes es muy complicado y se requiere un sustentado juicio clínico y suficiente experiencia y pericia diagnóstica para poder decantar los aspectos propios del deterioro físico y cognitivo producido por la uremia, así como las reacciones normales o patológicas de los sucesivos duelos de nuestros pacientes, para poder quedarse con el diagnóstico definitivo de DM en un paciente renal. En principio, con las observaciones que enumeramos adelante, se deben tener en cuenta los criterios diagnósticos del DSM-IV para la depresión mayor que están enunciados al principio del artículo y resumidos en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Criterios diagnósticos del DSM-IV para depresión mayor

1. Afecto depresivo la mayor parte del tiempo.
2. Anhedonia o disminución del placer.
3. Insomnio o hipersomnía.
4. Aumento o disminución del peso.
5. Fatiga o pérdida de la energía.
6. Agitación o enlentecimiento psicomotor.
7. Sentimientos de inutilidad o culpa.
8. Dificultad para pensar o concentrarse.
9. Ideas de muerte y suicidio.

Con respecto a lo anterior, es criterio de diagnóstico:

- Cinco o más de los anteriores.
- Uno o dos imprescindibles para el diagnóstico.
- Dura más de dos semanas.
- No es un duelo.
- No es una enfermedad médica.

La superposición entre signos y síntomas de depresión y aquéllos causados por una enfermedad terminal complica la tarea de diagnosticar la depresión de manera adecuada. Como consecuencia de este dilema, se han desarrollado guías que ayudan a detectar la depresión en el enfermo físico. En primer lugar, los pacientes deben experimentar más que tristeza persistente. Además, deben estar presentes otras señales, como llanto fácil, anhedonia, desesperanza, sensación de valer poco, culpa inapropiada o excesiva e ideación suicida. La anhedonia, es decir, la falta de placer, puede ser difícil de discernir en pacientes cuyas actividades se encuentran limitadas por el deterioro de su salud o por su estancia en el hospital. De cualquier manera, este indicativo puede estar presente en pacientes que no sienten interés o placer en los momentos que comparten con sus familiares y amigos. La culpa excesiva o inapropiada con frecuencia se manifiesta en forma de comentarios negativos sobre sí mismo, como “Yo no soy bueno, porque soy una carga”, o “Mi enfermedad es un castigo”.

Aunque los signos y síntomas vegetativos de depresión (fatiga, insomnio, anorexia) pueden confundirse con los que son ocasionados por fallas orgánicas, se ha postulado que éstos tienen utilidad diagnóstica si no pueden explicarse por los efectos de la enfermedad física, de los medi-

camentos o del ambiente hospitalario. Los signos y síntomas vegetativos también son útiles en el diagnóstico de depresión cuando su aparición coincide con el inicio del ánimo depresivo o de la anhedonia. Finalmente, a los pacientes evaluados por depresión debe preguntárseles sobre antecedentes familiares de este trastorno, de suicidio o de alcoholismo, ya que esto incrementa sus posibilidades de presentarlo (6).

Diagnóstico diferencial

Puede existir un trastorno por ansiedad 'puro', que no haga parte de un cuadro depresivo. La gran prevalencia de ansiedad, que se puede dar en todos los pacientes renales, pero es mayor en aquellos que esperan recibir un trasplante, se ha atribuido a diferentes factores físicos y psicosociales comunes en este período. Estos factores incluyen hallazgos como angina, arritmias, efectos de los medicamentos, alteraciones metabólicas y pobre ventilación. Los factores psicosociales relevantes incluyen el ambiente hospitalario, el aislamiento de la familia, la pérdida de control, las amenazas a la integridad corporal, la agonía y la muerte. Los pacientes que pueden beneficiarse de recibir tratamiento son los que admiten sentirse muy angustiados y en quienes la ansiedad parece interferir con su habilidad de permanecer hospitalizados y de cooperar en sus cuidados médicos (6).

En pacientes deprimidos o ansiosos debe evaluarse también la presencia de delirium. Este último y la encefalopatía se refieren a las perturbaciones en la conciencia, en la orientación, en el sueño, en la memoria y en la concentración, típicamente observadas en pacientes con enfermedades terminales de órganos. El delirium puede causar perturbaciones en el ánimo y en la conducta, que imitan a aquellas asociadas con la depresión y la ansiedad. Su diagnóstico correcto es importante, ya que puede indicar la presencia de una infección, hipoxia, perturbaciones metabólicas o cualquier otro cambio fisiológico subyacente que requiere intervenciones específicas. Además, el tratamiento con medicamentos antidepresivos o ansiolíticos, en casos en los que erróneamente no se diagnostica el delirium, puede empeorar la condición del paciente y causar agitación y confusión.

El delirium también puede ser detectado si las enfermeras se toman un tiempo para registrar de manera consistente los resultados de las valoraciones del estado mental realizadas en cada turno. En los registros de los pacientes pueden revisarse indicios de fluctuaciones en la orientación, conciencia, conducta, estado emocional y cantidad de actividad. Los pacientes con delirium tienden a presentar fluctuaciones en su estado mental, mientras que los deprimidos o ansiosos son más consistentes en su apariencia, conducta y estado de alerta (6).

Tratamiento de la depresión en el paciente renal

En el tratamiento de la depresión se deben tener en cuenta los diferentes aspectos y modalidades del trastorno. Primero que todo, aunque parezca una verdad de Perogrullo decir que no todas las depresiones en los pacientes renales (o en ningún tipo de pacientes) son iguales, nos parece importante insistir en que los tratamientos deben ser diseñados, planeados y ejecutados basándose en las características clínicas, vitales y sociales individuales de cada paciente (y de cada equipo terapéutico).

De acuerdo con nuestra experiencia clínica, hemos diseñado un plan de tratamiento selectivo según la intensidad de la depresión (véase gráfica 1), a la cual hemos dividido en leve, moderada y grave, luego de tener en cuenta criterios que explicaremos enseguida y los cuales han tratado de 'refinar' y de 'estandarizar' el juicio clínico, según los criterios del DSM-IV y la escala de depresión BDI, consideradas al inicio de este artículo. Aunque por ahora anecdótico y especulativo, nos ha resultado sumamente útil y su eficacia se está valorando empíricamente.

Presupuestos básicos para el tratamiento

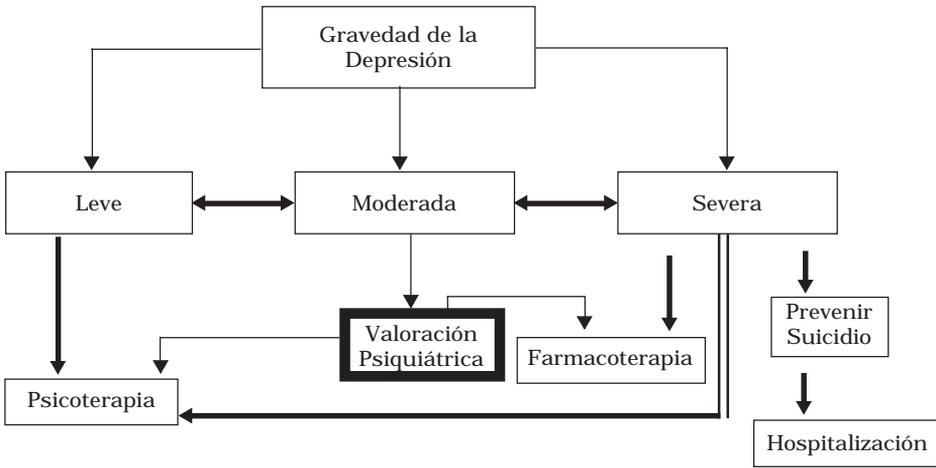
Es importante, en este punto, advertir que el siguiente esquema que presentamos (Gráfica 1) supone

el funcionamiento de un equipo terapéutico, tal como se tiende a dar en la mayoría de las unidades renales en Colombia (Cuadro 2), es decir, con un profesional en psicología y uno en trabajo social, así como nefrólogos y enfermeras entrenados en los aspectos de salud mental de los pacientes renales. En algunas unidades renales grandes un psiquiatra hace parte integral del equipo (lo que es muy recomendable), aunque en la mayoría existe un psiquiatra de enlace que es interconsultante regular de la unidad.

Este tratamiento presupone, además, un aspecto que no siempre se da y que, desde mi punto de vista, es muy deseable: todos los pacientes que inician una insuficiencia renal deben tener no sólo una valoración psicológica de tipo diagnóstico, sino un proceso psicoterapéutico formal de entrada. Esto facilita en gran medida el trabajo psicológico posterior y nos da buenos indicadores de los niveles iniciales de depresión y de salud mental en general de todos los pacientes, los cuales serán comparados con los niveles subsiguientes que mediremos secuencialmente. Otro aspecto básico es la psicoeducación a los pacientes y a sus familiares sobre la existencia y las características de la depresión y la importancia de la consulta temprana (Cuadro 1).

Veamos ahora el esquema de tratamiento con el que funcionamos en nuestras unidades renales y que se comentará enseguida:

Gráfico 1. Tratamiento de la DM en IRC



Depresión leve

Hablamos de depresión leve cuando el paciente tiene un puntaje de entre 10 y 18 en el BDI, lo cual usualmente corresponde a tres de los nueve síntomas del DSM-IV, de una intensidad leve. Aparte de la

incomodidad y malestar personales, los síntomas no son tan graves como para que sea detectado por otras personas ni causa detrimentos en el funcionamiento laboral o familiar. Por otra parte, es el cuadro clínico usual de un duelo no complicado en un yo relativamente fuerte, con

Cuadro 2. Presupuestos básicos para el tratamiento de la depresión en los enfermos renales

- Profesional en psicología.
- Profesional en trabajo social.
- Nefrólogos y enfermeras entrenados en salud mental.
- Psiquiatra miembro del equipo o interconsultante regular.
- Valoración psicológica completa de entrada a todos los pacientes.
- Psicoterapia inicial con todos los pacientes.
- Medición trimestral de la intensidad de la depresión.
- Psicoeducación a los pacientes y a sus familiares.

relaciones interpersonales en general buenas y una red de apoyo funcional. Estos pacientes, en general, responden bien a una buena psicoterapia de apoyo, no muy intensiva, que puede de una sesión semanal o bisemanal, orientada a resolver el foco específico de sufrimiento del paciente en el momento y a detectar y prevenir su empeoramiento. Usualmente no son necesarios la intervención psiquiátrica ni los psicofármacos.

Depresión moderada

En la depresión moderada los pacientes experimentan un grado mayor de sufrimiento emocional, que puede ser detectado por otras personas y que tiende a interferir con el funcionamiento familiar y laboral, pero no de una manera muy significativa. Es el equivalente a la "depresión menor" del DSM-III, que luego desapareció en el DSM-IV (3). Los puntajes del BDI están entre 19 y 29, y puede haber cinco síntomas del DSM-IV, de una intensidad moderada. Son también los pacientes de depresión leve a los cuales no se les ha podido ayudar suficientemente en su psicoterapia.

Como estos pacientes pueden estar iniciando una DM, es importante que un psiquiatra los valore, para determinar esa posibilidad y la necesidad subsecuente del uso de antidepresivos. La psicoterapia debe ser intensificada a dos sesiones a

la semana, y ya no se puede tratar de una psicoterapia de apoyo, sino que deben tener más elementos expresivos e interpretativos orientados a neutralizar la preponderancia del objeto malo interiorizado. En este punto hay controversia en cuanto al uso de los antidepresivos, debido a que se ha demostrado que tanto la psicoterapia como los antidepresivos son igualmente eficaces para controlar la depresión moderada (16). La decisión depende de los recursos y las habilidades psicoterapéuticas con las que cuente el grupo médico y la accesibilidad para ella del propio paciente, porque, de ser buenas, en caso que el criterio psiquiátrico sea favorable, yo prefiero iniciar con una psicoterapia intensiva de las características mencionadas, la cual debe disminuir los síntomas en un lapso de cuatro semanas. En caso de que esta mejoría no ocurra, se debe iniciar un esquema antidepresivo, como el que se expone más adelante, sin abandonar la psicoterapia. Desde luego, en estos casos se ha descartado suficientemente el riesgo suicida y el paciente cuenta con una red de apoyo en general funcional.

Depresión grave

Consideramos una depresión como grave cuando cumple indudablemente los criterios diagnósticos para DM del DSM-IV (3), es decir, más de cinco síntomas de los nueve planteados, los cuales producen un deterioro significativo del paciente en los

campos laboral y familiar y en cuanto al disfrute de su vida, con respecto a su funcionamiento habitual.

El nivel sintomático cualitativo en general es intenso, así como la cantidad de síntomas en la mayor parte del tiempo. Los niveles medidos en la escala BDI superan los treinta puntos y el paciente tiene ideas de muerte o de suicidio. Aquí el tratamiento farmacológico es imperativo y es muy bueno cuando éste es manejado y supervisado directamente por un psiquiatra. En general, el grado de intromisión en la vida del paciente del trastorno es muy alto, lo mismo que la intromisión en la enfermedad renal y en su tratamiento.

Si esta interferencia es muy grande, al igual que si existe un riesgo de suicidio, aunque sea moderado, se debe considerar seriamente la necesidad de una hospitalización psiquiátrica, dependiendo de los recursos existentes en la red de apoyo de los pacientes. Si éstos son buenos y si no hay riesgo suicida, el paciente puede ser manejado en casa, siempre que se pueda garantizar el cumplimiento del tratamiento. La psicoterapia se debe intensificar (es lo que quiere simbolizar la doble raya en la flecha de la Gráfica 1) y el estado mental se debe valorar a diario al principio del tratamiento.

La doble raya en las flechas de doble vía de la Gráfica 1 quieren simbolizar que los pacientes pueden transitar entre uno y otro estado de gra-

vedad de la depresión, es decir, los pacientes pueden evolucionar, a pesar del tratamiento, de un nivel leve a uno moderado y de éste a uno grave y viceversa. O la depresión puede ser detectada en un estado grave y evolucionar hacia la mejoría con un tratamiento adecuado. De la misma manera debe ir evolucionando el tratamiento, de un nivel más intensivo y restrictivo a uno más liberal.

Ya se han enunciado algunos de los elementos que se deben tener en cuenta en la psicoterapia de la DM en la IRC. Ahora trataremos detalladamente los elementos que se deben considerar en la farmacoterapia de la DM en nuestros pacientes.

Uso de antidepresivos en la IRC

La terapia farmacológica con antidepresivos es muy efectiva para pacientes que se encuentran seriamente deprimidos en medio de una enfermedad renal. Antes de prescribir estos medicamentos, se deben considerar los potenciales efectos secundarios y las interacciones con las otras drogas que usualmente toman estos pacientes. Adicionalmente, por la reducida capacidad de éstos para metabolizar y excretar los medicamentos, el tratamiento con antidepresivos debe iniciarse con dosis muy bajas, de la mitad o hasta una cuarta parte de la dosis habitual en otros pacientes sin complicaciones médicas.

Las afectaciones de funcionamiento ocasionadas por una enfer-

medad terminal de órgano incrementan el riesgo de sufrir efectos adversos relacionados con la medicación (1),(2),(6),(15),(16). Las opciones para el tratamiento de la depresión incluyen antidepresivos tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), psicoestimulantes y agentes más nuevos (1),(2),(6),(16). Los ISRS son escogidos con frecuencia por su tolerabilidad, seguridad y efectividad.

Efectos secundarios iniciales incluyen ansiedad, insomnio y náuseas, pero tienden a disminuir con el tiempo. Cuando se usan ISRS, es posible que sea necesario reducir las dosis de drogas unidas altamente a las proteínas (warfarina sódica, digoxina); sin embargo, no ha sido probada clínicamente (6) la interacción de los ISRS con otras drogas (mexilitene hydrochloride, encainide hydrochloride, flecainide acetato, bloqueadores de los canales de calcio), por ser los primeros capaces de inhibir los sistemas hepáticos de la enzima microsomal que ha sido probada clínicamente.

El bupropion es un antidepresivo nuevo y útil en los pacientes con enfermedad física. Los pacientes deprimidos que presentan una marcada inactividad y apatía pueden beneficiarse de los efectos activadores de este medicamento. El bupropion está contraindicado en pacientes predispuestos a convulsiones, ya que incrementa el riesgo de que se presenten (6). Los agen-

tes nuevos como trazodone, nefazodone y venlafaxina son opciones adicionales. Nuestra experiencia con el trazodone lo ubica como un antidepresivo moderado, pero de gran utilidad, en bajas dosis, para manejar el insomnio de estos pacientes. Todos ofrecen beneficios, aunque sus efectos secundarios y otras características los hacen menos atractivos que los ISRS y el bupropion.

La mirtazapina es un agente relativamente nuevo en nuestro medio, del cual se ha dicho puede ayudar a los pacientes deprimidos que presentan, además, ansiedad e insomnio (1),(6),(15),(16),(18). En general, se desaconseja el uso de antidepresivos tricíclicos en los pacientes renales, debido a que sus efectos colinérgicos tienden a producir sedación excesiva, hipotensión ortostática y confusión mental (1),(2),(15). Entre los preferidos ISRS se debe tener en cuenta que la fluoxetina puede inducir la ansiedad y que la serotonina, aunque presenta menores efectos colaterales y menores interacciones medicamentosas, tiende a empeorar la disfunción sexual de los pacientes con uremia (1),(15),(16).

En Estados Unidos y en Europa se han utilizado los psicoestimulantes como una excelente opción para los pacientes que necesitan una resolución rápida de su depresión. A diferencia de otros antidepresivos, después de unos pocos días y no de unas pocas semanas, los psicoestimulantes generalmente

son bien tolerados por los pacientes con enfermedades físicas, pero el tratamiento con estos medicamentos requiere seguimiento inicial de la presión sanguínea y del pulso para que no se presenten problemas de hipertensión o taquicardia. Las interacciones con otras drogas son mínimas, aunque es posible que se presenten concentraciones elevadas de warfarina en el plasma (6). En Colombia tenemos poca experiencia con esta clase de medicamentos.

Las benzodiazepinas continúan siendo el tratamiento farmacológico primario para pacientes con ansiedad grave, que puede acompañar a algunas depresiones. Aunque las drogas son efectivas, debe considerarse el riesgo de depresión respiratoria, sobredosificación y deterioro cognitivo, por lo que su uso debe ser muy limitado y comenzar con dosis bajas, lo cual puede ayudar a minimizar la ocurrencia de estas complicaciones. En pacientes con cirrosis o cualquier otra forma de insuficiencia hepática son preferibles el oxacepam, temacepam y loracepam, ya que tienen menos posibilidades que otras benzodiazepinas de acumularse en el cuerpo y no tienen metabolitos activos. Las dificultades del midazolam con la ansiedad de rebote y la hipotensión limitan su utilidad. La depresión respiratoria ocasionada por las benzodiazepinas es más marcada en pacientes con retención de dióxido de carbono. En estos pacientes debe hacerse un análisis de

gases de sangre arterial antes de iniciar tratamiento con estas drogas.

La buspirona es otro tipo de medicamento ansiolítico que no causa depresión respiratoria, por lo cual puede ser útil. Los neurolepticos (como el haloperidol) son la última opción para el tratamiento de la ansiedad en los enfermos físicos, y aunque no causan depresión respiratoria, pueden ocasionar serios efectos secundarios; por ello el uso de estas drogas se reserva para pacientes que además de la ansiedad, presentan confusión y desorientación muy marcadas (6). Cuando es leve o moderada, la ansiedad es uno de los síntomas que mejor responden en la psicoterapia, por lo que usualmente no es necesario usar benzodiazepinas. También resultan muy útiles otras terapias no farmacológicas para la ansiedad como el yoga y los ejercicios de relajación, sin olvidarnos del efecto relajante inespecífico de alivio de la ansiedad que producen la abreacción y la catarsis en la psicoterapia de apoyo.

De todos modos, no podemos perder de vista que el tratamiento de la DM en pacientes en las unidades renales (UR) no deja de ser un reto dispendioso que requiere un equipo humano preparado y consciente de su trabajo en este sentido, de mucha persistencia, paciencia y tolerancia a la frustración. La resistencia campea en estos terrenos y es un factor con el que debemos contar

desde el principio, para tenerlo en cuenta y manejarlo sin frustrarnos.

La resistencia comienza dentro de los mismos equipos, y puede ocurrir que haya todavía algunos nefrólogos o enfermeros de la vieja guardia para los cuales la enfermedad mental o el sufrimiento emocional hagan parte de 'mañas' o 'flojeras' de la gente que se pueden solucionar a punta de regaños o de otras maniobras pseudopedagógicas y que por ello eviten remitir a los pacientes al psiquiatra. Además, aparte de que es frecuente todavía que los pacientes se resistan a consultar un psicólogo y mucho más a un psiquiatra, por los prejuicios que rodearon a estos especialistas durante mucho tiempo, también lo es que muchas personas tienen grandes prevenciones contra los psicofármacos.

En uno de los pocos estudios realizados sobre el tratamiento de la DM en ER, Wuerth y colaboradores, citado por los Finkelstein (17), describen el tratamiento exitoso de una cohorte de pacientes en DP, pero con varias dificultades. En este estudio, 130 pacientes completaron el cuestionario del BDI y cerca de la mitad tuvieron puntuaciones de más de once, lo que sugería al menos un nivel entre leve y moderado de depresión. De estos pacientes sólo la mitad estuvo de acuerdo con tener una evaluación clínica con un psiquiatra. De ellos, únicamente once de sesenta (18%) completaron

un curso de tratamiento antidepressivo de doce semanas y obtuvieron un 50% de reducción en sus puntuaciones en el BDI. Muchos de los pacientes se rehusaron tanto a tener una evaluación psicológica posterior como a tomar medicaciones antidepressivas al tiempo con las demás terapias que estaban recibiendo. Los antidepressivos utilizados en este estudio (sertralina, nefazodona y bupropión) fueron bien tolerados, sólo con escasos efectos colaterales y en dosis relativamente bajas. No se investigaron los resultados a largo plazo en cuanto a la DM ni en cuanto a la ER, lo cual habría sido muy importante de establecer (4),(17). Este estudio nos muestra un buen ejemplo de las dificultades (resistencias) mencionadas, pero también nos alerta acerca de su presencia y de la necesidad de tenerlas en cuenta con el fin de prevenirlas y enfrentarlas.

Algunos de los aspectos esenciales al enfrentar estos retos, a los que ya hemos aludido, son los de la necesidad de un trabajo interdisciplinario, que cuente con la presencia lo más cercana y activa posible por parte de un psiquiatra en los equipos renales; la otra es la necesidad de establecer programas de vigilancia epidemiológica y de intervención en la depresión, que incluya protocolos de manejo y la capacitación constante en estos temas al equipo interdisciplinario, a los pacientes y a la comunidad.

Bibliografía

1. Kimmel P. Psychosocial factors in dialysis patients. *Kidney Int* 2001;59:1599-613.
2. Cassem NH, Bernstein JG. Depressed patients. In: Cassem NH, Stern TA, Rosenbaum JF, Jellinek MS, editors. *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*. St. Louis: Mosby; 1997. p. 35-68.
3. American Psychiatric Association (US). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Washington: Masson; 1994.
4. Kim JA, Lee YK, Huh WS, Kim YJ, Oh HY, Kang SS, et al. Analysis of depression in continuous ambulatory peritoneal dialysis patients. *J Korean Med Sci* 2002 Dec;17(6):790-4.
5. Christensen AJ, Ehlers SL. Psychological factors in end-stage renal disease: an emerging context for behavioral medicine research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2002;70(3):712-24.
6. Crone C, Wise T. Psychiatric aspects of transplantation, II: preoperative issues. *Crit Care Nurse* 1999;19:51-63.
7. Smith MD, Hong BA, Robson AM. Diagnosis of depression in patients with end-stage renal disease: comparative analysis. *Am J of Med* 1985;79:160-6.
8. Miller GE, Cohen S, Herbert TB. Pathways linking major depression and immunity in ambulatory female patients. *Psychosom Med* 1999;61:850-60.
9. Kimmel PL, Thanner M, Richard CM, Ray NF. Psychiatric illness in patients with end-stage renal disease. *Am J Med* 1988;105:214-21.
10. Covinsky KE, Kahana E, Chin M, Palmer R, Fortinsky R, Landefeld S. Depressive Symptoms and 3-year mortality in older hospitalized medical patients. *Annals of Int Med* 1999;130(7):563-69.
11. Kimmel PL, Peterson RA, Wheis 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.
12. Wulsin LR. Trastornos depresivos. In: Jacobson JL, Jacobson AM, editors. *Secretos de la psiquiatría*. México: McGraw Hill-Interamericana; 2002. p. 82-8.
13. Stern TA, Lagomasino IT, Hackett TP. Suicidal patients. In: Cassem NH, Stern TA, Rosenbaum JF, Jellinek MS, editors. *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*. St. Louis: Mosby; 1997. p. 69-88.
14. Neu S, Kjellstrand CM. Stopping long-term dialysis: an empirical study of withdrawal of life-supporting treatment. *N Eng J Med* 1986;314:14-20.
15. Brown TM, Brown RLS. Neuropsychiatric consequences of renal failure. *Psychosomatics* 1995;36:244-53.
16. Werth D, Finkelstein SH, Ciarcia J, Peterson R, Killiger AS, Finkelstein FO. Identification and treatment in a cohort of patients on chronic peritoneal dialysis. *Am J Kidney Diseases* 2001 May;37(5):1011-7.
17. Finkelstein FO, Finkelstein SH. Depression in chronic dialysis patients: assessment and treatment. *Nephrol Dial Transplant* 2000;15:1911-3.
18. Cassem NH. Depression and anxiety secondary to medical illness. *Psychiatr Clin North Am* 1990;13:597-612.
19. Fonagy P, Roth A. *What Works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: The Guilford Press; 1996.

Ariel Alarcón

Correspondencia:

Cra. 13 No. 49-40

Bogotá, D.C., Colombia

Correo electrónico: arielalarcon@hotmail.com