

Ansiedad y depresión: su influencia en la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis

Juan Antonio Traver, Guillermina Barril, Eduardo García Camba*

PALABRAS CLAVE: Ansiedad, Depresión, Calidad de Vida, Hemodiálisis.

KEYWORDS: Anxiety, Depression, Quality of life, Haemodialysis.

Introducción

Desde la década de los 80 los Nefrólogos estamos cada vez más preocupados por valorar la Calidad de Vida (CV) de nuestros enfermos en Hemodiálisis como un índice necesario de la validez de nuestro trabajo, al mismo nivel de importancia que aquellos parámetros que nos sirven para constatar que la técnica empleada es la más adecuada (biocompatibilidad de las membranas, medida del KTV, valoración de QRS y QB idóneos, etc.).

Aunque han sido numerosos los estudios que miden la CV en estos pacientes, hay pocas referencias en la literatura a la influencia que la Ansiedad y la Depresión tienen en la disminución de su CV, a pesar de estar presentes en una cantidad importante de estos enfermos (1, 2, 3).

Por eso nos ha parecido interesante efectuar un estudio que permita conocer la existencia o no de estas patologías y su influencia en la disminución de la CV.

Material y métodos

Hemos estudiado a 265 pacientes incluidos en programas de Hemodiálisis de 2 Hospitales de Madrid con sus centros de referencia, en total 5 Unidades de Hemodiálisis. De ellos, 137 eran mayores de 65 años y 128 menores de esa edad.

23 enfermos (todos, menos 1, mayores de 65 años) fueron excluidos del estudio: 4 por problemas de idioma, 5 por dificultades graves de audición, 13 por importante deterioro psico-orgánico y 1 por estar ingresado el día de la realización de las encuestas.

75 enfermos no quisieron participar en el estudio, 38 en el grupo de mayores de 65 años y 37 en el grupo de menores de esa edad. En ambos grupos existía una mayoría de varones.

Quedaron, pues, para el trabajo 190 pacientes: 99 mayores de 65 años y 91 menores de edad.

A todos ellos se les explicó la razón del estudio y se les pidió su consentimiento.

Todos los cuestionarios se pasaron de forma autoadministrada, supervisada por el entrevistador. En los casos en los que existían problemas (analfabetismo, dificultades graves de visión, tener la fístula en el brazo dominante) o aquellos que expresaban su deseo de ser entrevistados, el cuestionario fue administrado por el encuestador, limitándose a explicar las instrucciones de forma estandarizada, a leer las preguntas y anotar las respuestas.

Estudio de la Ansiedad y la Depresión

De la amplia variedad de autoinformes utilizados en el "screening" de los trastornos afectivos, existen desde los que miden la existencia o no de un trastorno afectivo en general, hasta los más específicos cuyo objetivo es diferenciar entre ansiedad y depresión.

Entre estos últimos, hemos escogido el Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) de Zigmond (4), elaborado por él y Snaith en el Departamento de Psiquiatría del St. James' University Hospital de Leeds en Yorkshire, Inglaterra, a fin de detectar estados de depresión y ansiedad en servicios hospitalarios de consulta externa no psiquiátricos.

La escala que decidieron elaborar pretendía ser breve, a fin de que pudiese ser contestada en un espacio corto de tiempo y se centrara en la evaluación de los dos trastor-

* Servicio Nefrología y Psiquiatría
Hospital Universitario de La Princesa, Madrid

nos afectivos más comunes en la práctica clínica: la ansiedad y la depresión.

Conscientes de la difícil separación entre los síntomas de ansiedad y depresión seleccionaron cuidadosamente los ítems correspondientes a la subescala de ansiedad, siete en total, evitando, al máximo posible, la inclusión de síntomas físicos de ansiedad que pudieran ser confundidos por parte de los sujetos con los síntomas de la enfermedad orgánica que padecían.

Los ítems correspondientes a la evaluación de la depresión, también siete, estaban basados en la valoración del estado de anhedonia propio de tal trastorno y, que según los autores del HAD, es el que diferencia primordialmente la ansiedad de la depresión.

El cuestionario HAD es una medida de estado y proporciona una valoración cuantitativa de la ansiedad y de la depresión.

El HAD administrado es la versión castellana traducida por el propio autor R.P. Snaith, en colaboración con Bulbena y Barriola y validada por Tejero y cols. (5). Es un cuestionario autoadministrable que, como ya hemos dicho, consta de 14 ítems, de los cuales 7 miden ansiedad y los otros 7 depresión, distribuidos en orden alternativo. (Anexo 6).

Cada uno de los ítems —ansiedad y depresión— tiene cuatro posibles respuestas, puntuadas de 0 (ausencia de ese factor) a 3 (total presencia del mismo). Por tanto cada una de las dos subescalas tiene una puntuación mínima de 0 y máxima de 21.

Se considera que una puntuación cruda entre 0 y 7 puntos significa ausencia de ansiedad y/o depresión, entre 8 y 10 puntos son casos dudosos que obligan a un estudio más profundo para demostrar o no la existencia de ese factor y 11 o más puntos serían casos claros de ansiedad y/o depresión.

Estudio de la Calidad de Vida

Para la evaluación de la CV, existen dos escalas, validadas específicamente para enfermos en Hemodiálisis y en castellano, el Perfil de Salud de Nottingham (Nottingham Health Profile) (6, 7, 8, 9) y el Perfil de las Consecuencias de la Enfermedad (Sickness Impact Profile) (10, 11). El primero se compone de 45 ítems, mientras que el segundo tiene un total de 101 ítems.

Dado que se ha demostrado que los dos tienen la misma validez, fiabilidad y sensibilidad (12) hemos pensado que para personas mayores de 65 años, de los que un número importante es superior a los 75, era mejor una encuesta que tuviera las menos preguntas posibles, ya que les sería más fácil y rápido de contestar y, por tanto, el grado de confianza en las respuestas sería mayor. Por ello hemos escogido para nuestro estudio el Perfil de Salud de Nottingham.

El Nottingham Health Profile existe en dos formas: el Nottingham Health Index y una versión posterior conocida como Nottingham Health Profile (NHP).

El NHP interroga sobre sentimientos y estados emocionales, con énfasis en la evaluación del estado de salud

por el propio sujeto. El Index indica la capacidad del paciente para llevar una vida normal y se puede usar en contextos clínicos. Ambas versiones son autoadministradas y se necesitan menos de 10 minutos para completarlas.

Los puntos fuertes del NHP incluyen simplicidad, sensibilidad y cobertura amplia. Puesto que el NHP se diseñó para detectar problemas serios, los pacientes con buen estado de salud o con problemas menores suelen obtener puntuaciones bajas.

El NHP consta de dos partes (Anexo 7):

Una primera con 38 ítems que describen situaciones causadas por los problemas de salud en seis dimensiones: energía, dolor, reacciones emocionales, sueño, aislamiento social, y movilidad física. Cada ítem debe ser respondido con un "SI" (la persona considera que la frase refleja su situación actual) o un "NO" (lo contrario).

La segunda parte se compone de 7 ítems sobre la existencia o no de limitaciones motivadas por su enfermedad en distintas actividades habituales. Al igual que antes las contestaciones serán SI o NO.

Como se hizo en los trabajos previos para la versión española la puntuación total de la primera parte del cuestionario se calculó de la siguiente manera: el número total de respuestas afirmativas a los ítems de cada dimensión se dividió por el número total de ítems en esa misma dimensión y el resultado se multiplicó por 100. Esto significa que, en cada dimensión, las posibles puntuaciones oscilaron entre 0 (sin problemas en esa dimensión) y 100 (problemas máximos). Además existe una puntuación global del cuestionario que se calculó sumando las puntuaciones de las 6 dimensiones y dividiendo el resultado por 6, lo que da una puntuación mínima de 0 (máxima calidad de vida) y una máxima de 100 (ínfima calidad de vida).

Mecanización informática de los datos: Paquete de Programas estadísticos: SPSS y EPI6.

Análisis estadístico de los datos: El análisis estadístico comprendió una primera parte descriptiva y una segunda comparativa o inferencial. A continuación se explican, escuetamente, los fundamentos de la metodología empleada.

Estadística descriptiva: Se incluyó el cálculo de distintos estadísticos (13) de distribución media, mediana, intervalo, desviación típica y coeficiente de correlación. Los distintos estadísticos de distribución fueron obtenidos mediante fórmulas estándar.

Estudiamos:

1. Grupo A (< 65 años) frente a grupo B (> 65 años)
2. Hombres frente a mujeres del grupo A
3. Hombres frente a mujeres del grupo B
4. Hombres grupo B frente a hombres grupo A
5. Mujeres grupo B frente a mujeres grupo A

Técnicas estadísticas empleadas: Al confirmar tras un análisis detallado que la mayor parte de las variables incluidas en este estudio no se ajustaban al modelo paramétrico se han utilizado las siguientes pruebas: Prueba de

Chi-cuadrado. Prueba de la probabilidad exacta de Fisher. Prueba de la U de Mann-Whitney y Prueba de los rangos señalados y pares igualados de Wilcoxon. Para comparar las variables paramétricas se emplearon: t de Student y análisis de la varianza. El nivel de significación elegido para considerar que el resultado de una prueba estadística era estadísticamente significativo fue de $\alpha = 0.05$. La potencia elegida fue del 80% ($\beta = 0.2$).

Identificación de factores de riesgo: el método empleado para la identificación de los factores que condicionan la mejor o peor calidad de vida en cada uno de los grupos ha sido el de la "Regresión Logística Lineal por paso" (14, 15, 16). Este método puede ser usado no solo para identificar factores de riesgo, sino también para predecir la probabilidad de un "suceso". El método empleado para determinar los factores que afectan la calidad de vida (y cada una de sus dimensiones), con sus respectivos coeficientes, fue un método paso a paso de forma que las variables independientes fueron entrando en la ecuación de regresión de una en una hasta que se obtenía en cada caso un modelo que podía, por sí mismo, explicar el comportamiento de la variable dependiente. El orden de inserción se determinó mediante el método de "máxima verosimilitud" (log-likelihood) (17) que cuantifica la importancia de cada variable todavía no introducida en el modelo o ecuación de regresión. De esta forma, una vez seleccionada la primera variable para la ecuación, es decir, la variable cuyo valor de verosimilitud es mayor, se vuelven a analizar para conocer su importancia y así sucesivamente hasta que el resto de variables a incorporar al modelo no añaden nueva información.

Por este procedimiento, la primera variable seleccionada es la más importante en predecir el estado de la calidad de vida, la segunda es la segunda más importante, etc. De esta forma, el proceso suministra una selección y ordenamiento sucesivos de las variables independientes según su importancia relativa. El corte de la muestra para este estudio se realizó a partir de la mediana, tanto en el resultado total (como en cada una de las seis dimensiones de las que se compone el test.)

Resultados

Como podemos apreciar en las gráficas 1, 2 y 3 la ansiedad está presente en ambos grupos de manera similar, sin diferencias estadísticas, pero es más elevada en las mujeres de ambos grupos que en los hombres y en ellas se va elevando con la edad ($p < 0.05$) mientras que en los hombres tiende a disminuir con el paso de los años.

En cuanto a la Depresión (gráficas 4, 5 y 6) se encuentra en niveles más elevados que la Ansiedad con una media cercana y, en ocasiones, superior a lo que se consideran "casos dudosos", no existiendo diferencias estadísticas entre ambos grupos, pero sí entre los hombres y mujeres mayores de 65 años ($p < 0.05$). Al igual que pasaba con la Ansiedad en los hombres disminuye con la edad mientras que en las mujeres aumenta.

GRAFICO 1.
ANSIEDAD

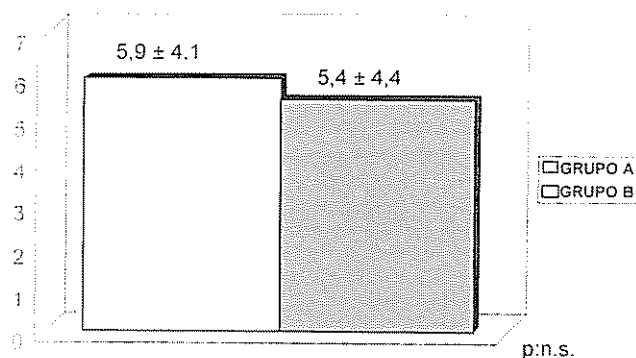


GRAFICO 2.
ANSIEDAD

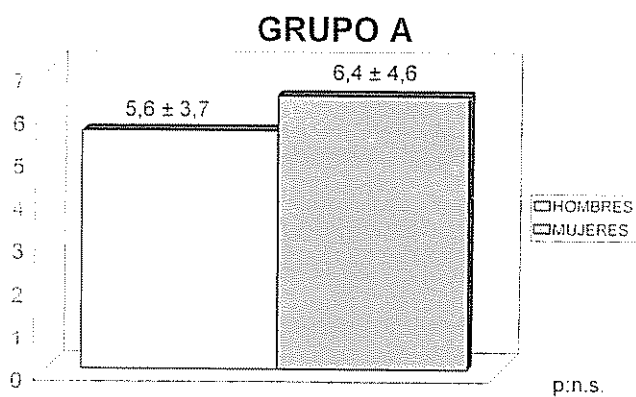
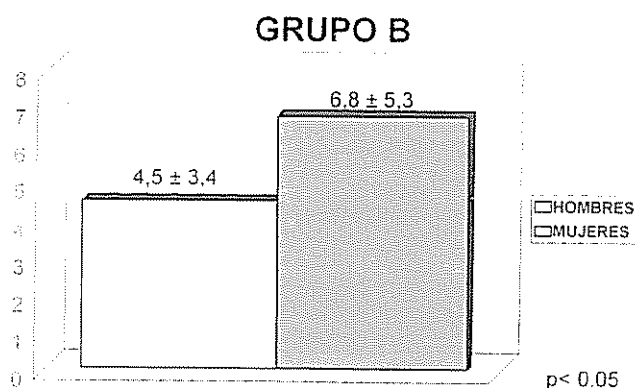


GRAFICO 3.
ANSIEDAD



Dado que en ambas variables la SD es muy alta no podemos llegar a mayores conclusiones a partir de estos datos. Pero si prescindimos de medias y observamos puntuaciones globales podemos ver con más claridad lo expuesto anteriormente e intentar sacar alguna conclusión.

En la tabla 1 observamos que el 14% de los enfermos menores de 65 años tienen una puntuación que demuestra claramente la existencia de ansiedad y otro 13% se encuentra entre los casos dudosos; mientras que estos últimos tienen la misma frecuencia por sexos, entre los casos

GRAFICO 4.
DEPRESION

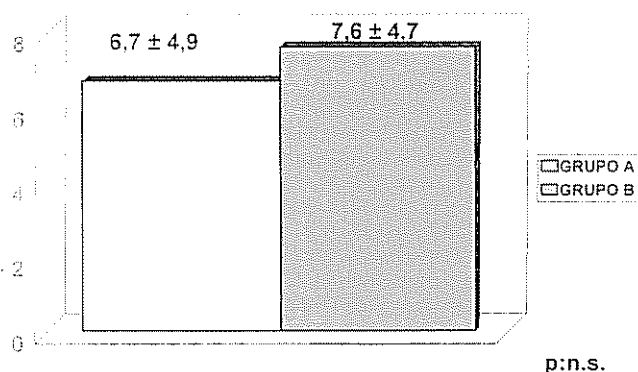


GRAFICO 5.
DEPRESION

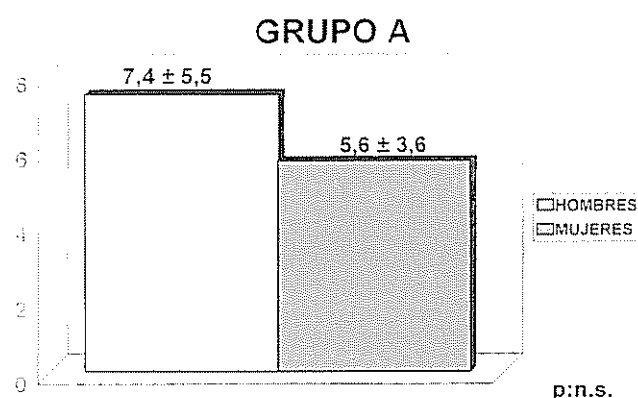


GRAFICO 6.
DEPRESION

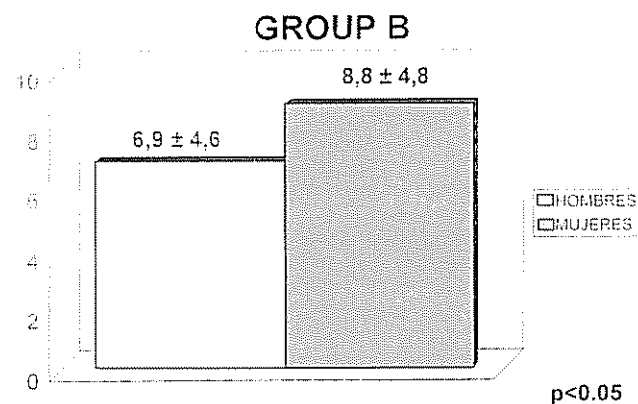


TABLA 1. ANSIEDAD

	Entre 7-10 puntos	Más de 10 puntos
< 65 años	12 (13.1%)	13 (14.2%)
Varones	6 (50%)	6 (46.1%)
Mujeres	6 (50%)	7 (53.8%)
> 65 años	9 (9.8%)	13 (13.2%)
Varones	6 (66.6%)	3 (23%)
Mujeres	3 (33.3%)	10 (77%)

seguros hay un cierto predominio de mujeres a lo que no habría que darle más valor sino fuera porque entre los mayores de 65 años los casos seguros son muchísimo más frecuentes en el sexo femenino (77% v. 23%). En este grupo los casos dudosos (9.8%) se distribuyen 2/3 en hombres y 1/3 en mujeres.

En cuanto a la Depresión (tabla 2) en el grupo A el 12% son casos dudosos frente al 21 % de casos seguros. No hay diferencias entre los sexos en los casos dudosos pero sí en los seguros, en donde los hombres (79%) son mayoría. En el grupo B no hay diferencias en cuanto al sexo, existiendo un 25.5% de casos dudosos y un 20.4% de casos seguros.

TABLA 2. DEPRESION

	Entre 7-10 puntos	Más de 10 puntos
< 65 años	11 (12%)	19 (20.8%)
Varones	5 (45.4%)	15 (79%)
Mujeres	6 (54.5%)	4 (21%)
> 65 años	25 (25.5%)	20 (20.4%)
Varones	12 (48%)	10 (50%)
Mujeres	13 (52%)	10 (50%)

Si realizamos una regresión logística para conocer la influencia de ambos trastornos en la puntuación total del test de CV encontramos que no existe correlación con la Depresión y sí con la Ansiedad: en el grupo A con un coeficiente negativo de -0.3282 ($p < 0.0028$) y en el grupo B con un coeficiente, también negativo, de -0.2891 ($p < 0.0015$). Es decir, a mayor Ansiedad menor CV.

Discusión

La finalidad de evaluar la CV es doble: en primer lugar conocer cuál es y la disminución que supone en la CV el estar en un Programa de Hemodiálisis y así poder comparar unos enfermos con otros y saber si nuestra terapéutica es buena para el paciente: en segundo lugar, dando un paso más, conocer cuáles son los factores que más influyen en esa disminución de la CV para, una vez identificados, aplicar nuestros conocimientos médicos en intentar suprimir o, al menos, atenuar aquellos sobre los que tenemos algún control.

Ya en un artículo anterior (18) seguí estos pasos incidiendo en aquellas dimensiones del test de CV que, como el sueño o el dolor, más podíamos mejorar para elevar la CV.

TABLA 3. ANALISIS MULTIVARIABLE

Anxiety	p	Coef.
Grupo A	0.0028	-0.3282
Grupo B	0.0015	-0.2891

GRAFICO 7.
NOTTINGHAM HEAL TH PROFILE

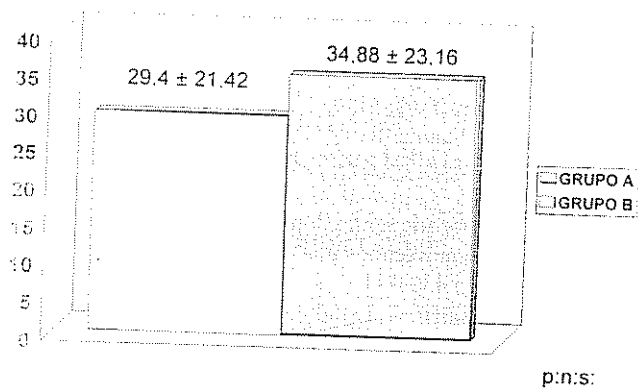


GRAFICO 8.
NOTTINGHAM HEAL TH PROFILE

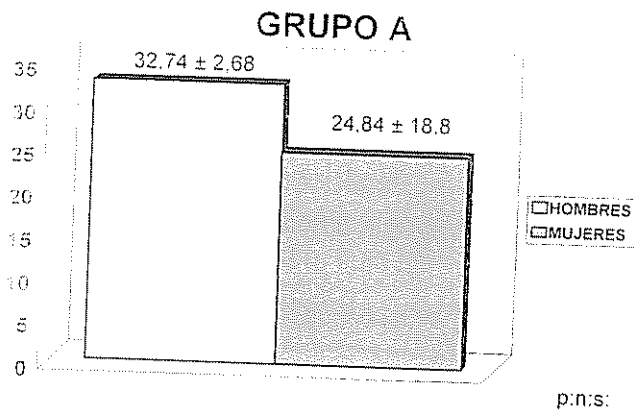
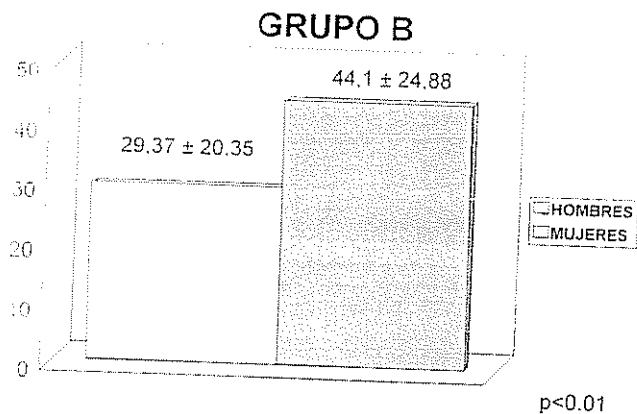


GRAFICO 9.
NOTTINGHAM HEAL TH PROFILE



Hoy damos un paso más estudiando cómo la Ansiedad y la Depresión afectan a la CV de estos pacientes. Dado que estos problemas pueden tener un control por nuestra intervención terapéutica debemos darles la importancia que realmente tienen, cosa que no suele suceder salvo cuando llegan a extremos que precisan de una intervención psiquiátrica directa; sin embargo, con intervenciones menores podemos mejorar mucho estos aspectos.

Recientemente Oreopoulos (19) afirma que la edad no influye en estos pacientes en la depresión ni en la severidad de sus síntomas, si bien preconiza la ayuda de Asistentes Sociales y Psiquiatras en las unidades de Diálisis. Pero aunque esto sea cierto, cosa que habría que comprobar, si el 32% de los enfermos del grupo A y el 45.9% de los del grupo B tienen síntomas de Depresión clara o sospechosa, es evidente que una intervención por nuestra parte que mejorara este aspecto sólo beneficios puede aportar.

En cuanto a la Ansiedad las cosas son todavía más claras: si el 27,3% de los enfermos del grupo A y el 23% de los del grupo B tienen signos claros o dudosos de Ansiedad y ésta repercute negativamente en la CV es necesario que hagamos todo lo posible por intentar mejorarla, apelando a los especialistas que mejor conocen y tratan estos trastornos, aun cuando no estemos seguros de la influencia en cada caso determinado.

Por tanto, la colaboración institucionalizada de otros especialistas, como Psiquiatras y Asistentes Sociales, en nuestras unidades de hemodiálisis nos parece un factor fundamental si queremos colaborar en la mejora de la CV de nuestros pacientes.

Bibliografía

1. Kutner NG, Fair PL, Kutner MH. Assessing depression and anxiety in chronic dialysis patients. *S Psychosomat Res* 1985; 29: 23-31.
2. Smith MD, Hong BA, Robson AM. Diagnosis of depression in patients with end-stage renal disease. *Comparative analysis. Am J Med* 1985; 79: 160-166.
3. Hinrichsen GA, Liebermann JA, Pollack S, Steinberg H. Depression in hemodialysis patients. *Psychosomatics* 1989; 30: 284-289.
4. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr. Scand.* 1983; 67: 361-370.
5. Tejero Pociello A, Guimerá Querol EM, Farré Martí JM, Peri JM. Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Rev. Depto. Psiquiatría Facultad de Med. Barna.* 1986; 13, 5: 233-238.
6. Alonso J. Adaptación d'una mesura de la salut percebuda: la versión española del Perfil de Salud de Nottingham. Tesis Doctoral. Universidad de Barcelona. 1990.
7. Alonso J, Antó JM, Moreno C. Spanish version of the Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity. *Am J Pub Health* 1990; 80(6): 704-708.
8. Badía X, Alonso J, Brosa M, Lock P. Reliability of the Spanish version of the Nottingham profile in patients with stable end-stage renal disease. *Soc Sci Med* 1994; 38: 153-158.
9. Alonso J, Prieto L, Antó JM. The Spanish version of the Nottingham Health Profile: a review of adaptation and instrument characteristics. *Quality of Life Research* 1994; 3: 385-393.
10. Badía X. Adaptación transcultural y validación española de una medida de la disfunción relacionada con la enfermedad: el perfil de las consecuencias de la enfermedad (la

- versión española del Sickness Impact Profile). Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona, 1994.
11. Badía X, Alonso J. Adaptación de una medida de la disfunción relacionada con la enfermedad: la versión española del Sickness Impact Profile. *Med Clin (Bare)* 1994; 102: 90-95.
 12. Alvarez-Ude F, Vicente E, Badía X. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes en programa de Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria de Segovia. *Nefrología* 1995; XV (6): 572-580.
 13. Peto R, Pike MC, Armitage P, Breslow NE, Cox DR, Howard SV, Mantel N, McPherson K, Peto J, Smith PG. Design and analysis of randomized clinical trials requiring prolonged observation of each patient. II. Analysis and examples. *Br J Cancer* 1977; 35: 1-39.
 14. Cox DR, Snell EJ. Special logistic analysis en Cox DR (ed). *Analysis of binary data*. New York. Chapman and Hall, 1989.
 15. Anderson JA. Logistic discriminant methods in clinical Medicine: transferability and reliability. *Advanced interpretation of clinical laboratory data* en A Albert y ES Benson (eds), New York. Marcel Dekker Inc, 1982: 89-97.
 16. Campillo C. Standardizing criteria for logistic regression models. *Annals of Int Med*, 1993; 119: 540.
 17. Campos-Filho N, Franco EL. A microcomputer program for multiple logistic regression by unconditional and conditional maximum likelihood methods. *Am J of Epidemiology* 1989; 129 (2): 439-444.
 18. Traver JA, Barril G. Estudio de la Calidad de Vida de los pacientes en Hemodiálisis. (En prensa).
 19. Oreopoulos D.G. Dializing the elderly: benefit o burden? *Nefrología* XVII (3); 1997: 2-8.