

Ansiedad y depresión en candidatos a trasplante renal: impacto de la disponibilidad de donador

TERÁN-ESCADÓN, D.*; RUIZ-ORNELAS, J.*; ESTRADA-CASTILLO*, J. G.; BARAJAS-JUÁREZ, L.* y DÍAZ-MARTÍNEZ, A.**

* Departamento de Psiquiatría. CMN «20 de Noviembre», ISSSTE. México DF, México. ** Departamento de Psiquiatría, Psicología Médica y Salud Mental. Facultad de Medicina. UNAM, México DF, México.

Anxiety and depression among renal transplantation candidates: impact of donor availability

Resumen

Introducción: Entre los candidatos a trasplante renal, independientemente de que dispongan un donador vivo relacionado (DVR) o esperen un donador cadavérico (DC), el proceso del trasplante produce un estrés intenso, el cual es proporcional al tiempo de espera para la cirugía. Quienes esperan DC no tienen la certeza de obtener un órgano a tiempo para sobrevivir, o bien, cuando sus parientes se niegan a donar, los enfermos sienten ser rechazados por su familia. En enfermedades crónicas, la comorbilidad psiquiátrica afecta la evolución del padecimiento y reduce la eficacia del tratamiento, llevando a internamientos largos y a un mayor desgaste emocional.

Objetivo: Determinar la diferencia de niveles de ansiedad y depresión en pacientes de DC en comparación a los pacientes con DVR.

Metodología: Se aplicó la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) a los candidatos a trasplante renal que acudieron a su primer consulta psiquiátrica a lo largo de un año, agrupándose de acuerdo al donador que disponen (DVR= 31, DC= 12). El análisis estadístico se realizó mediante las pruebas de Fisher y de Mann-Whitney.

Resultados: El 33,33% de los pacientes con DVR presentaron ansiedad ($6,60 \pm 2,65$ puntos) y 40% depresión ($5,9 \pm 3,29$); el 75% de los pacientes de DC mostraron ansiedad ($p = 0,005$) ($10,17 \pm 2,48$, $p < 0,001$) y 90% depresión ($p = 0,088$) ($12,0 \pm 9,33$, $p = 0,005$).

Conclusiones: Los pacientes de DC tienen mayor riesgo de padecer ansiedad que los enfermos con DVR y sufren cuadros depresivos más severos. Comparando esta muestra contra 100 enfermos crónicos, no encontramos diferencias con los pacientes de DC, pero sí tienen mayor riesgo de ansiedad y depresión que los pacientes con DVR, lo cual indicaría que estos últimos enfermos pudieran tener ideas sobrevaloradas sobre la evolución de su enfermedad.

Palabras clave: Ansiedad. Depresión. Trasplante renal.

Summary

Background: Among the kidney transplantation candidates, regardless if they already have a living related donor (LRD) or if they are waiting for a cadaveric donor (CD), the transplantation process is highly stressful, and the stress intensity is proportioned to the waiting time for surgery. The patients waiting for a CD have no certainty about receiving a kidney in time for surviving, or, when the patient's relatives refused the donation, they may feel rejected by their family. In chronic diseases, psychiatric comorbidity affects the disease evolution, dampening the treatment efficacy, leading to long-term hospitalizations and a more severe emotional stress.

Objective: To calculate the difference of anxiety and depression levels between LRD and CD patients.

Methods: The Hospital Anxiety and Depression scale (HAD) was applied to the kidney transplantation candidates who attended their first psychiatric evaluation along a year, they were grouped according to their kind of donor (LRD= 31, CD= 12). Statistical analysis was performed by means of Fisher and Mann-Whitney tests.

Results: 33.33% of the LRD patients were anxious (6.60 ± 2.65 points) and 40% were depressed (5.9 ± 3.29); 75% of the CD patients were anxious ($p = 0.005$) (10.17 ± 2.48 , $p < 0.001$) and 90% were depressed ($p = 0.088$) (12.0 ± 9.33 , $p = 0.005$).

Conclusions: The CD patients have a greater risk for anxiety and more severe depressive disorders than the LRD patients. Comparing this sample against 100 patients with chronic diseases, we found no differences with CD patients, but they have a higher risk for anxiety and depression than LRD patients, this may suggest that the last mentioned patients may overestimate the prognosis of their disease.

Key words: Anxiety. Depression. Renal transplantation.

El tratamiento de elección en la insuficiencia renal crónica (IRC) (1) es el trasplante renal, proceso que, en todos los casos, es altamente ansiogénico (2-4). Tomando

en cuenta que, a diferencia del receptor de DVR, el paciente en espera de DC no tiene la certeza de obtener un órgano a tiempo para sobrevivir, o bien, en los casos en

que ninguno de sus familiares haya aceptado donar un riñón, estos enfermos se sienten rechazados por su propio grupo primario de apoyo (5-7), entonces es comprensible que el grado de ansiedad y depresión sufrido por estos enfermos será mayor al de los pacientes que cuentan con DVR.

En general, se considera que el tiempo de espera es la parte más estresante del proceso de trasplante (2-4); entre los factores que pueden prolongar este período se encuentran las enfermedades médicas tanto del donador como del receptor, el tamaño corporal, la incompatibilidad de tejidos y la disponibilidad de órganos. Al prolongarse la espera, el paciente frecuentemente experimenta miedo y un sentimiento de inutilidad, ya que su estado físico se deteriora aún antes de que pueda beneficiarse del trasplante, y es posible que aparezca una sensación de abandono por parte del equipo médico (6, 8). Además, la ansiedad puede incrementarse por falta de información sobre el proceso quirúrgico, así como por dudas sobre cambios en la imagen corporal (2, 3) y cambios laborales, sociales y sexuales (9-11). Otros aspectos del trasplante que pueden influir el estado afectivo del candidato a trasplante están relacionados a la fantasía de mutilación, a que la pérdida de un órgano es asumida como castración y castigo, la colocación del injerto puede ser vista como una «invasión por otra persona» y es muy común la aparición de ideas de culpa y otros síntomas depresivos en el receptor, ya que se tiene la convicción que para su propia recuperación se requerirá de la muerte, o al menos la mutilación de otra persona (8, 11, 12).

Comúnmente los pacientes con mayor riesgo de presentar problemas psiquiátricos postoperatorios pueden detectarse antes de la cirugía, motivo por el cual Bryant y Mayou (13) enfatizaron la importancia de las evaluaciones preoperatorias psicológicas, de funcionamiento social y de factores demográficos con el fin de predecir resultados psicosociales, tales como el retorno al trabajo y una mejor salud mental. Estas evaluaciones permiten solucionar problemas antes del trasplante hasta en 25% de los pacientes.

Katon (14) revisó el impacto provocado por la depresión sobre la evolución y el tratamiento de las enfermedades médicas crónicas, encontrando que 41% de los pacientes tenían comorbilidad psiquiátrica, principalmente ansiedad y depresión, lo cual repercute en una evolución tórpida de su enfermedad física y reduce la eficacia del tratamiento instituido, llevando a periodos de internamiento más largos, y consecuentemente a un mayor desgaste físico y emocional. En el caso específico del trasplante, 52% de los enfermos presentaron ansiedad y/o depresión (2), con un mayor riesgo suicida que el de la población general (15).

Tomando en cuenta lo anterior, resulta importante establecer un adecuado diagnóstico de la ansiedad y la depresión asociados a la insuficiencia renal y el tiempo de espera para trasplante para mejorar el estado de salud y pronóstico del paciente.

El objetivo de este estudio fue determinar si los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con IRC en es-

pera de donación cadavérica son mayores en comparación a los insuficientes renales que cuentan con un donador vivo relacionado.

METODOLOGÍA

Se estudió a todos los pacientes del programa de trasplante renal, que acudieron a su primer consulta psiquiátrica durante 1999 (ya que la experiencia del paciente frente a la enfermedad crónica varía a lo largo del tiempo) (16), aplicándose en ese momento la versión mexicana de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD). En total se aplicó a 43 pacientes, 31 de ellos disponían de DVR y los 10 restantes esperaban DC, dadas las características del instrumento se excluyó a los pacientes menores de 18 años, a los analfabetos y personas que no hablaban castellano; también se prescindió de los enfermos que estuvieren bajo tratamiento con antidepresivos o ansiolíticos, así como de los pacientes que se negaron a participar en el estudio.

La escala HAD, introducida en 1983 (17), y validada en México en 1992 (18), fue diseñada para identificar ansiedad y depresión en sujetos con enfermedades médicas, por lo que se evitó incluir los síntomas somáticos de los trastornos mencionados. La escala contiene dos subescalas de siete ítems cada una, cada reactivo tiene cuatro respuestas posibles que puntúan de 0 a 3. Para este estudio se utilizaron los puntos de corte en ocho puntos para ambas subescalas.

Las frecuencias de estados ansiosos y depresivos fueron descritas como porcentajes; por su parte, la severidad de dichos estados es expresada por las puntuaciones respectivas de cada paciente, los cuales fueron agrupados de acuerdo a su tipo de donador en «DC» y «DVR». Las comparaciones entre ambos grupos, así como entre sexos se realizó mediante prueba de suma de rangos de Mann-Whitney, χ^2 (o prueba de Fisher cuando fue aplicable) y riesgo relativo.

RESULTADOS

Se recolectaron datos de 43 pacientes, de los cuales, hubo 31 pacientes con DVR (19 hombres y 12 mujeres con edad de $35,7 \pm 5,4$ años; 26 casos de IRC secundaria a glomerulonefritis y cinco debidos a tubulopatía intersticial) encontrando que 33,33% presentaron puntuaciones significativas para ansiedad ($6,60 \pm 2,65$ puntos, punto de corte= 8) y 40% mostraron depresión ($5,9 \pm 3,29$ puntos, punto de corte= 8); mientras que entre los 12 pacientes en espera de DC (ocho hombres y cuatro mujeres con edad de $32,1 \pm 7,5$ años; ocho casos de IRC secundaria a glomerulonefritis y cuatro debidos a tubulopatía intersticial), el 75% presentaron ansiedad ($10,17 \pm 2,48$) y el 90% depresión ($12,0 \pm 9,33$) (tabla I). No hubo diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones comparando entre sexos de los pacientes o diagnósticos somáticos.

TABLA I Resumen estadístico de los resultados

DV vs DC	Ansiedad	Depresión
Prueba de Fisher	p= 0,005	p = 0,088
Prueba de Mann-Whitney	Z= 3,39 p< 0,001	Z= 2,791 p= 0,005
Riesgo relativo	10,5	4

DISCUSIÓN

El trasplante renal implica per se, varios factores estresantes simultáneamente, los cuales son comunes a todos los candidatos. La diferencia entre tener un donador y tener que esperar una donación cadavérica repercute en el estado mental de los enfermos, ya que los pacientes con DC tienen un mayor riesgo de padecer cuadros ansiosos; con respecto a la depresión, si bien la diferencia no fue significativa en términos de número de casos, el que los pacientes en espera de DC tengan mayores puntuaciones que quienes cuentan con DVR podría implicar que, aunque compartan una prevalencia similar, quienes esperan DC sufran cuadros depresivos más severos; además, al comparar nuestra muestra contra 51 pacientes ingleses con IRC en espera de trasplante renal (19) sólo encontramos una diferencia significativa en la subescala de depresión ($p= 0,021$), comparando con los enfermos en espera de DC, lo cual parece apoyar esta sugerencia. Sin embargo, lo anterior debe tomarse con cautela, ya que dadas las diferencias culturales, muy probablemente existan distintos conceptos de enfermedad.

Por otra parte, comparando nuestra muestra contra enfermos crónicos de nuestro hospital (20) hallamos que éstos tienen un mayor riesgo de padecer tanto ansiedad ($p < 0,001$) como depresión ($p < 0,001$) que nuestra población con DVR, lo cual no sucede en aquellos que esperan DC ($p= 0,999$ para ansiedad y $p= 0,845$ para depresión), indicando que el estado afectivo de los enfermos crónicos y de los pacientes con IRC en espera de DC es similar entre sí y que los enfermos de IRC con DV se encuentran en una mejor situación con este respecto, lo anterior parece señalar que existieran ideas sobrevaloradas respecto al pronóstico de su padecimiento en los sujetos con IRC y DV (que pudieran no ser realistas) en comparación con todos los enfermos crónicos, incluyendo a los que tienen IRC en espera de DC. Concerniente a esto, se sugiere brindar una mejor orientación a los pacientes sobre los límites y alcances del trasplante.

Concluimos que estas diferencias entre los pacientes, particularmente en el número de casos de ansiedad y la severidad de la depresión, indican que el seguimiento psiquiátrico debe ser diferente entre los candidatos a trasplante renal, de acuerdo al tipo de donador que tendrán. Por otra parte, la realización de un estudio longitudinal que compare el estado afectivo tanto contra el tiempo de espera para la realización del trasplante, como con-

tra la evolución posterior al trasplante podría arrojar nuevos datos acerca de la importancia de la ansiedad y la depresión, así como su tratamiento oportuno, como posibles factores pronósticos del éxito o fracaso de los trasplantes renales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Comité de diálisis y trasplante renal. Donación de órganos en México. Fundación Mexicana para la Salud; 1990.
2. Mai F. Psychiatric aspects of heart transplantation. *Br J Psychiatry* 1993;163:285-92.
3. Stuber ML. Psychiatric aspects of organ transplantation in children and adolescents. *Psychosomatics* 1993;34:379-87.
4. Strouse TB, Wolcott DL, Skotzko CE. Transplantation. En: Rundell JR, Wise MG, eds. *Textbook of consultation-liaison psychiatry*. Washington: American Psychiatric Press; 1996. p. 640-70.
5. Zdanowicz N, Reynaert C, Janne P. Transplants and psychiatry. *Psychosomatics* 1998;39:391-2.
6. House RM. Transplantation surgery. En: Stoudmire A, ed. *Psychiatric care of the medical patient*. Oxford: Oxford University Press; 1993. p. 803-16.
7. Levy NB. Chronic renal failure and its treatment dialysis and transplantation. En: Stoudmire A, ed. *Psychiatric care of the medical patient*. Oxford: Oxford University Press; 1993. p. 627-36.
8. Kuhn WF, Brennan AE. Psychiatric distress during stages of heart transplant protocol. *J Heart Transplant* 1990;9:25-9.
9. Raskovic S. Psychodynamic aspects of organ transplantation. X world congress of psychiatry (WPA), Madrid, España; 1996.
10. Neira MC. Some psychological aspects of kidney transplant. X world congress of psychiatry (WPA), Madrid, España; 1996.
11. Rundell JR, Hall RCW. Psychiatric characteristics of consecutively evaluated outpatient renal transplant candidates and comparisons with consultation-liaison inpatients. *Psychosomatics* 1997;38:269-76.
12. Shapiro PA. Psychosocial evaluation and prediction of compliance problems and morbidity after heart transplantation. *Transplantation* 1995;60:1402-66.
13. Bryant B, Mayou R. Prediction of outcome after coronary artery surgery. *J Psychosom Res* 1989;33:427-9.
14. Katon W. The impact of major depression on chronic medical illness. *Gen Hosp Psychiatry* 1993;15:69-74.
15. Surman OS. Psychiatric aspects of organ transplantation. *Am J Psychiatry* 1989;146:972-82.
16. Kimmel PL, Thamer M, Richard CM, Ray NE. Psychiatric illness in patients with end-stage renal disease. *Am J Med* 1998;105:214-21.
17. Zigmund A, Snaith R. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-70.
18. Whalley-Sánchez JA, Ortega-Soto HA, Hernández E. Diagnóstico de ansiedad y depresión en pacientes

- quemados. El HAD como herramienta diagnóstica. Tesis inédita para la especialidad de psiquiatría, Universidad Nacional Autónoma de México; 1992.
19. Sensky T. Psychiatric morbidity in renal transplantation. *Psychother Psychosom* 1989;52:41-6.
 20. García-Vázquez A, Ruiz-Ornelas J, Díaz-Martínez A. Frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes médicamente enfermos, internados en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre (datos no publicados).

Correspondencia:
David Terán-Escandón
Departamento de Psiquiatría
CMN «20 de Noviembre», ISSSTE
Av. Universidad 1810 Int. L1
Col. Romero de Terreros
CP 04310, México DF México
E-mail: dte@starmedia.com