

11262



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

MAESTRIA EN CIENCIAS MEDICAS
CENTRO MEDICO NACIONAL "SIGLO XXI"
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

FALLA DE ORIGEN

**"EFECTO DE UN PERIODO DE
PSICOTERAPIA DINAMICA BREVE DE
GRUPO SOBRE LOS NIVELES DE
DEPRESION Y ANSIEDAD DE PACIENTES
CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA
BAJO TRATAMIENTO CON DIALISIS
PERITONEAL AMBULATORIA"**

T E S I S

Que para obtener el Grado de:

MAESTRO EN CIENCIAS MEDICAS

P r e s e n t a :

DR. FERNANDO AGUILAR MORALES

Tutor: M.C. Dr. Juan Garduño Espinosa
Celaboradora: Dra. Ma. Dolores A. Mayoral García

México, D. F. Enero de 1995



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

...
Mi agradecimiento al Dr. Otofre Muñoz Hernández, al Dr. Salvador Martínez Cairo, a la Dra. Carmen Martínez, al Dr. Ramón Paniagua Sierra y al Dr. Dante Amato Martínez por su invaluable labor en la docencia de la investigación médica en nuestro país.

Al Dr. Juan Garduño Espinosa agradezco su espíritu lúcido y abierto, pero sobre todo su confianza y dedicación.

A la Dra. Ma. Dolores A. Mayoral García, mi esposa y colaboradora, agradezco su solidez teórica y clínica, así como su entrega irrestricta al estudio y tratamiento de los grupos humanos.

CONTENIDO

	Pag.
I. Antecedentes	1
1. Trastornos mentales en la población general	2
2. Trastornos mentales en enfermedades físicas	2
3. Trastornos mentales en la insuficiencia renal crónica bajo tratamiento dialítico	4
4. Trastornos mentales afectivos y encefalopatía dialítica. Su relación con el tratamiento y la gravedad de la insuficiencia renal crónica	5
5. Psicoterapia de grupo para pacientes con enfermedades físicas crónicas	7
6. Psicoterapia dinámica breve de grupo para pacientes con insuficiencia renal crónica bajo tratamiento dialítico	8
II. Justificación	12
III. Planteamiento del problema	14
IV. Hipótesis	16
V. Objetivos	18
VI. Material y métodos	20
Diseño	21
Grupos de estudio	22
Criterios de inclusión	23
Criterios de exclusión	24

	pag.
Criterios de eliminación.....	25
Variables	26
1. Variable independiente	26
2. Variables dependientes	29
3. Variables basales	31
4. Variables de confusión	33
Recursos	35
Procedimientos	36
1. Estandarización de instrumentos	36
2. Evaluación inicial y selección de pacientes	36
3. Asignación de pacientes al tratamiento	38
4. Aplicación del tratamiento	38
5. Evaluaciones durante el tratamiento	38
6. Evaluación final de pacientes	39
Tamaño de muestra	40
1. Depresión	40
2. Ansiedad	41
Análisis estadístico	42
Cronograma	43
VII. Descripción del tratamiento	45

	pag.
1. Etapa I (Sesiones 1 a 4)	47
2. Etapa II (Sesiones 5 a 8).....	47
3. Etapa III (Sesiones 9 a 12)	48
VIII. Resultados	49
1. Estandarización de instrumentos	50
2. Encuesta a pacientes registrados en el programa de diálisis peritoneal ambulatorio	50
3. Descripción de la muestra y comparabilidad basal	51
4. Evaluación inicial	52
5. Evaluación final	53
6. Cuadros	56
IX. Discusión	87
1. Confiabilidad del Índice de Gravedad de Insuficiencia Renal Crónica IRG-IG.....	88
2. Validez de diagnóstico del inventario de Beck para depresión	88
3. Encuesta a pacientes en diálisis peritoneal ambulatoria	89
4. Evaluaciones de depresión entre los grupos de estudio	92
5. Evaluaciones de ansiedad entre los grupos de estudio	95

6. No cumplimiento y pérdidas de pacientes al tratamiento	96
7. La coterapia en el tratamiento	98
X. Conclusiones	99
XI. Anexos	101
Anexo I. Entrevista Clínica Estructurada DSM-III-R. V.1985.....	102
Anexo II. Inventario de Beck para depresión	104
Anexo III. Escala Montgomery-Asberg para depresión	110
Anexo IV. Escala Clínica de Ansiedad	115
Anexo V. Examen Cognoscitivo Breve	120
Anexo VI. Índice de Gravedad de Insuficiencia Renal Crónica IRC-IG.....	122
Anexo VIII. Aceptación de Ingreso al Estudio.....	129
XII. Bibliografía	130

I. ANTECEDENTES

1. TRASTORNOS MENTALES EN LA POBLACION GENERAL.

La prevalencia de trastornos mentales en la población -- general se ha calculado en 20% (1-2); en México esa cifra se ha -- estimado en 32% (3-4). De dichos trastornos, los depresivos alcan- -- zan una cifra alrededor del 4%; considerandose similar en nuestro -- medio (1-5). Los trastornos por ansiedad fluctuan del 2% al 8%, -- incluyendo nuestro país (1, 6-8).

La depresión se distingue por la presencia de un estado de ánimo triste de duración e intensidad variable, que se acompaña de alteraciones en el apetito, el sueño y dificultades para -- pensar y concentrarse; puede incluir también, sentimientos de inu- -- tilidad, desesperanza o culpa. Cuando la intensidad es importante se agrega pérdida del interés en todas o casi todas las activida- -- des del individuo, agitación o enlentecimiento psicomotor e ideas de muerte o actos suicidas que justifican el diagnóstico de depre- -- sión mayor (9).

La ansiedad se caracteriza por preocupación, tensión o inquietud constante, excesiva y no realista sobre circunstancias cotidianas comunes del individuo o la sensación de un peligro no definido. Su duración e intensidad varía y se acompaña de temblor, dolor muscular, fatigabilidad, taquicardia, sensación de ahogo, -- de inestabilidad, micción frecuente, irritabilidad y dificultad -- para dormir (9).

2. TRASTORNOS MENTALES EN ENFERMEDADES FISICAS

En pacientes con enfermedades físicas, la prevalencia -- de trastornos mentales en general, se eleva importantemente. En -- una revisión, ya clásica, lipowski obtiene cifras de entre 30% y 60% en pacientes ambulatorios y entre 50% y 80% en pacientes hos- -- pitalizados (10). Otros estudios obtienen resultados distintos, -- por ejemplo, una investigación realizada en pacientes de consulta externa de cuatro países en desarrollo, reporta entre 10% y 17% -- (11). En México se ha reportado entre 34% y 51% en pacientes de

consulta externa general y de especialidades en el Distrito Federal (12-15). Algunos estudios han identificado como tales pacientes pocas veces son diagnosticados por sus médicos y aun menos, referidos a atención psicológica o psiquiátrica, aunque la duración e intensidad de sus síntomas fuese indicativa de tratamiento (12-13, 16-17).

Particularmente, la depresión se ha encontrado entre el 12% y 16% de pacientes de consulta externa (18-19); alrededor del 7% es portador de un trastorno depresivo mayor (20). La prevalencia de la ansiedad se ha estimado hasta en 60%, ya como entidad independiente o concomitante a la depresión (7,21). En nuestro país no contamos con investigaciones en este sentido.

La identificación de trastornos mentales en pacientes hospitalizados se ha orientado principalmente a la depresión y la ansiedad en padecimientos específicos o en los grupos extremos de la vida. Esto se explica por su alta comorbilidad con la enfermedad física y su influencia en la evolución de la misma o en los resultados de los tratamientos. Se ha encontrado que entre el 22% y 33% de los pacientes hospitalizados cumplen criterios para un diagnóstico de depresión como entidad que requiere tratamiento (22-25). La ansiedad se ha identificado concomitante a la depresión en el 60% de los pacientes (26-27).

En pacientes con enfermedades severas y/o crónicas, estas cifras aumentan: 20% a 45% en cáncer; 26% a 34% en enfermedad cerebrovascular; 45% en padecimientos cardiovasculares; 21% a 80% en artritis reumatoide; 37% en lesiones medulares (28-29).

En México se han realizado investigaciones de comorbilidad psiquiátrica en algunos grupos de pacientes hospitalizados. En 1975, Campillo encontró depresión en el 38% de pacientes de salas de medicina interna y en el 48% de salas de crónicos (5). Lara en 1983, detecta depresión en el 9% de pacientes con cáncer (30); Torres y cols. en 1987, hallaron depresión en 39% de una muestra de pacientes de un hospital de cardiología (31) y Redmond la halla en 39% de pacientes hospitalizados con enfermeda

des pulmonares (32).

Se han mostrado en forma amplia los efectos negativos que tiene la depresión sobre el curso y el pronóstico de las enfermedades físicas, así como en el cumplimiento terapéutico de los pacientes (28). Un estudio de seguimiento de mil tres individuos con diagnósticos de depresión y/o ansiedad, halló un incremento de tres veces la mortalidad esperada para los hombres y de cuatro veces para las mujeres, así como un aumento en la accidentabilidad de los investigados y de los reportes de suicidio (33). En dos hospitales del sureste de los Estados Unidos, Fulop y Strain reportaron un incremento en el tiempo de estancia hospitalaria de pacientes con diversos padecimientos físicos y diagnóstico concomitante de depresión, ansiedad y otros trastornos mentales (34).

3. TRASTORNOS MENTALES EN LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA BAJO TRATAMIENTO DIALÍTICO

En los pacientes con insuficiencia renal crónica sujetos a diferentes formas de tratamiento dialítico, la presencia de depresión y ansiedad se ha mostrado en alrededor del 50% de los pacientes estudiados (35-37); la depresión mayor se ha encontrado en el 8% de ellos (38-39) y la ansiedad se ha identificado concomitante a los procesos depresivos en el 45% de los casos (40).

En México se cuenta con dos investigaciones de comorbilidad psiquiátrica en pacientes en programas de diálisis. Una, identifica trastornos mentales en el 60% de los pacientes de un programa de hemodiálisis, de los cuales más de la mitad correspondió a trastornos con síntomas afectivos y de adaptación, y otro 10% presentó un trastorno mental orgánico (41). El otro estudio indagó directamente ansiedad y depresión en pacientes en hemodiálisis y diálisis peritoneal, detectando la primera en el 48% y la segunda en el 10% de los investigados (42).

Se ha encontrado que los pacientes en hemodiálisis o diálisis peritoneal (ambulatoria o intermitente) y diagnóstico a-

gregado de enfermedad afectiva (ansiedad y/o depresión) tienen calificaciones de incapacidad funcional hasta 25% mayores que los pacientes sin diagnóstico afectivo, al evaluarse por registros de movilidad voluntaria, autocuidado, interacción social, comunicación, comida, sueño, actividad vocacional y recreativa; sin que ninguno de ellos muestre gravedad física incrementada en la evaluación clínica (42).

Se han estudiado factores de riesgo como edad, sexo, -- percepción de la enfermedad, limitación funcional, tipo de diálisis, tiempo de tratamiento, depresión, fallas orgánicas no renales, estados cognitivo, calcio sérico, creatinina postdiálisis y hemoglobina; encontrando que las fallas orgánicas no renales, la depresión y la edad se asocian a un decremento importante en la so brevida esperada en los pacientes (43-44).

La tasa de suicidio en pacientes en diálisis se ha encontrado cuatrocientas veces más alta que en la población general; sus formas de aparición se asocian estrechamente al incumplimiento de las restricciones dietéticas y las indicaciones médicas, -- así como la sobreingesta de medicamentos (45-46).

4. TRASTORNOS MENTALES AFECTIVOS Y ENCEFALOPATIA DIALITICA. SU RELACION CON EL TRATAMIENTO Y LA GRAVEDAD DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA.

Una dificultad constantemente presente en la investigación psiquiátrica en diálisis se refiere a la relación que las al teraciones físicas y bioquímicas del padecimiento renal y del tra tamiento dialítico tienen en la generación de alteraciones cognitivas, afectivas y conductuales en los pacientes (36).

La depresión, como padecimiento psiquiátrico en general, se ha encontrado relacionada con una menor disponibilidad de las monoaminas cerebrales serotonina y norepinefrina, así como alteraciones en la sensibilidad de los receptores beta adrenérgicos del en céfalo (47-48). La dihidropteridina reductasa, es la enzima que permite la regeneración de tetrahidrobiopterina, cofactor requeri

do para la formación de tirosina y 5-hidroxitriptofano; ambos precursores de serotonina, epinefrina y norepinefrina cerebrales -- (49-50).

En los pacientes en diálisis se ha propuesto que tal enzima disminuye su actividad en presencia del aluminio administrado al paciente para control de la hiperfosfatemia; mecanismo que también ha sido implicado en la génesis de la encefalopatía dialítica (49). La actividad de esta enzima se ha medido y contrastado con niveles séricos de aluminio, evaluaciones de funcionamiento cognitivo y de sintomatología depresiva en pacientes en diálisis peritoneal y hemodiálisis; sin que halla sido posible encontrar relación entre dicha actividad y la presencia de alteraciones en las áreas que se evaluaron (50).

Un estudio de pacientes de ambos tipos de diálisis, evaluó daño en la atención y concentración, en la velocidad psicomotora, disminución en la capacidad visuo-perceptiva, habilidad para la manipulación secuencial, procesamiento de información, memoria visual inmediata, aprendizaje, coordinación mano-ojo, capacidad para la lectoescritura, memoria auditiva y recuperación de la información como indicadores de funcionamiento cognitivo, contrastándolos con la presencia de sintomatología depresiva, características sociodemográficas de los pacientes y un conjunto de mediciones bioquímicas que incluyeron: nitrógeno uréico, creatinina, K, Ca, PO_4 , CO_2 , Hct, TGO, TGP, tasa Alk/P, proteínas totales y albúmina. Se encontró que aunque todos los pacientes calificaron por debajo de valores normales para la población general en la evaluación neuropsicológica, los pacientes de diálisis peritoneal tuvieron mayor eficiencia cognitiva que los pacientes en hemodiálisis en forma estadísticamente significativa. No se encontró correlación con los promedios de las mediciones de nitrógeno uréico de los pacientes. Los niveles altos de creatinina se asociaron con mayor eficiencia cognitiva al igual que niveles altos de calcio sérico. Los síntomas depresivos no se correlacionaron con ninguno de los valores bioquímicos en los pacientes ni con el desempeño cognitivo (51).

Hasta el momento, la aparición de encefalopatía ha podi

do correlacionarse significativamente con un solo valor de medición: el registro de incrementos en la actividad cortical lenta difusa, utilizando electroencefalografía cuantitativa. Dicha actividad lenta se encuentra en forma constante, en los pacientes con insuficiencia renal crónica tanto en hemodiálisis como en diálisis peritoneal, sin mostrar diferencias con respecto al tipo de tratamiento (52).

La ansiedad generalizada, como entidad psiquiátrica, ha generado diversas teorías explicativas (53), siendo hasta el momento la más aceptada, la existencia de una alteración en el funcionamiento de los receptores gabaérgicos del encéfalo (54). No se conocen estudios sobre las posibles relaciones biológicas de esta entidad, con los cambios metabólicos producidos por la enfermedad en pacientes con insuficiencia renal crónica.

Otra dificultad de la investigación en esta área, ha sido precisar la gravedad del estado biológico de los pacientes, --tratando de diferenciar la influencia de factores psicológicos y sociales. Un grupo canadiense ha propuesto recientemente un instrumento de evaluación para este fin, altamente confiable (55).

Los instrumentos que se han utilizado para la evaluación afectiva, cognitiva y conductual de estos pacientes han mostrado también alta confiabilidad (21, 31, 38-39, 56-59).

5. PSICOTERAPIA DE GRUPO PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES FÍSICAS CRÓNICAS

Se ha reconocido la utilidad de la psicoterapia de grupo para pacientes con enfermedades físicas crónicas, con la finalidad de facilitar su adaptación al padecimiento físico, los tratamientos médicos, así como para mejorar los trastornos emocionales y conductuales que frecuentemente se observan en tales pacientes (60-62). Este tipo de psicoterapia se ha utilizado con resultados importantes en pacientes con secuelas de enfermedad vascular cerebral (63-64), hombres HIV-seropositivos (67), pacientes con insuficiencia renal crónica bajo hemodiálisis (68-71) y después de trasplante renal (72). No identificamos estudios de psicote-

rapia de grupo en pacientes con insuficiencia renal crónica bajo tratamiento con diálisis peritoneal.

La mayor parte de reportes de psicoterapia de grupo para pacientes con enfermedades físicas crónicas han utilizado la modalidad prolongada del tratamiento, yendo de uno a cuatro años de duración (61-65, 68-69); la modalidad breve se reporta en cinco estudios, utilizando principalmente seis o diez semanas de tratamiento (66-67, 70-72). Las orientaciones teórico-técnicas utilizadas en estos últimos han sido: apoyo (66, 71-72), consejo (70) y el enfoque cognitivo (67). La orientación psicodinámica no ha sido utilizada.

Se han reconocido las ventajas costo-efectividad de las psicoterapias de grupo de duración breve y prolongada frente a las psicoterapias individuales de duración similar (73). En cambio, continua avanzandose en demostrar qué tipos de psicoterapias son más efectivas que otras para tratar a tipos distintos de pacientes con diagnósticos psicopatológicos específicos y situaciones vitales distintas (74-75).

En el caso de los pacientes con enfermedades físicas crónicas, dado su frecuente estado de deterioro físico y la severidad de sus alteraciones psicológicas, se requieren formas de atención psicoterapéutica en las que la intencionalidad esté bien definida en cuanto a objetivos, tiempo de aplicación, orientación teórico-técnica y resultados a esperar; además de ser institucionalmente factibles. La utilización médica de la psicoterapia (76) y los recursos de la psicoterapia de grupo con objetivos definidos y duración limitada (77) pueden cubrir estos requisitos.

6. PSICOTERAPIA DINAMICA BREVE DE GRUPO PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA BAJO TRATAMIENTO DIALITICO

Las características que distinguen a la psicoterapia dinámica breve de grupo de los otros tipos de psicoterapia grupal, tienen que ver con su duración, selección de pacientes, delimita-

ción de problemas a resolver y manejo terapéutico de las limitaciones temporales y la transferencia y contratransferencia (78-80).

Se acepta comunmente una duración de 10 a 20 sesiones - de noventa minutos cada una, una vez por semana en grupos de 10 pacientes promedio y dos terapeutas encargados del tratamiento - (77-78). Se requiere que los candidatos puedan formular verbalmente sus dificultades psicológicas y las reconozcan en una dimensión interpersonal (78). Los objetivos del tratamiento deben circunscribirse a una o dos áreas problema compartidas por todos los pacientes y ser expresadas y trabajadas focalmente, esto es, constituir las en ejes de trabajo que organicen tanto el relato de los pacientes como sus síntomas, su conflictiva subyacente sus funciones vitales (atención, percepción, memoria, etc.) y guíen la actividad directiva e interpretativa de los terapeutas (81-82). El manejo terapéutico de las limitaciones impuestas a la duración del tratamiento, así como de las proyecciones transferenciales de los pacientes y las reacciones contratransferenciales de los terapeutas ha sido descrito por Poey en 1985 (78).

Reportes previos de psicoterapia a pacientes con insuficiencia renal crónica bajo tratamiento hemodialítico han señalado los problemas psicológicos más importantes de estos pacientes (68-71,83), mismos que son similares en pacientes bajo diálisis peritoneal; de estos problemas se pueden seleccionar y organizar áreas de trabajo a focalizar en un plan de tratamiento de psicoterapia dinámica breve de grupo.

Para la psicoterapia médica como modelo conceptual, la psicoterapia, al igual que cualquier tipo de terapia médica somática, incrementa su eficacia si parte de una evaluación diagnóstica adecuada que permita reconocer entidades nosológicas que requieren tipos y niveles distintos de intervención. Por tanto, la psicoterapia médica privilegia el tratamiento de los pacientes en quienes se ha reconocido una condición clínica psiquiátrica que requiere atención; asumiéndose más como una acción médica que como una experiencia de crecimiento (76).

Una de las indicaciones más importantes para la psicote

rapia a pacientes con insuficiencia renal crónica, es una escisión inflingida al Yo del individuo, debida al ataque frontal que la enfermedad hace a su integridad física y psicológica (83-84). El monto severo de angustia y depresión que esto genera, le obliga a utilizar rígidamente sus recursos psicológicos defensivos e incluso recurrir a otros totalmente primitivos, condicionándole un deterioro global de personalidad muy evidente (69,83-84). En forma constante, el individuo se esfuerza en negar masivamente la incapacidad física creciente y el dolor psicológico que la enfermedad le impone (70). Sin embargo, esta maniobra con frecuencia es poco exitosa, dando lugar a la aparición de depresión y ansiedad clínicamente evidentes. La psicoterapia, por tanto, pretende: 1) modificar el uso rígido que los pacientes hacen de sus mecanismos defensivos, 2) sustituirlos en lo posible, por otros más sanos, y 3) aliviar la depresión y la ansiedad presentes (69,84).

La pareja, la familia y el personal médico y de enfermería encargado de atender a estos pacientes, constantemente enfrentan manifestaciones de agresión encubiertas o francas que no son reconocidas como tales por los pacientes y que dificultan notablemente la convivencia con ellos y su atención médica (68-69,84). Tales alteraciones en el reconocimiento y manejo de la agresión, se corresponden con una alteración en el reconocimiento y manejo de la realidad efectuados por un Yo escindido y regresionado ante una enfermedad corporal de consecuencias muy graves. Se ha descrito una mejoría emocional y conductual importante al incrementar el reconocimiento y canalizar la expresión de la agresión mediante el tratamiento psicoterapéutico (69,84).

Excepto por la posibilidad de un transplante renal, la muerte a corto o mediano plazo es una amenaza compartida por todos los pacientes con insuficiencia renal crónica, ante esto, se deprimen y tornan apáticos para vivir con tal expectativa (68-69, 71,84). Por ello, otro de los objetivos del tratamiento es ayudarlos a elaborar el duelo por sus múltiples pérdidas corporales y sociales, permitiéndoles reconocer que mucho más que una amenaza real, la expectativa de muerte se constituye en una fantasía abrumadora que paraliza su capacidad para pensar y les impide admitir

que es más fácil empantanarse con la idea de morir, que hacerse cargo del tiempo que tienen de vida. Este proceso se ha descrito en el tratamiento psicoterapéutico de pacientes con cáncer y se le ha llamado "destoxificar la muerte y colocarla en perspectiva" (64-65).

II. JUSTIFICACION

JUSTIFICACION

La elevada frecuencia de depresión y ansiedad en los pacientes con insuficiencia renal crónica bajo tratamiento con diálisis peritoneal, así como las limitaciones para el uso de psicofármacos en ellos, dadas sus condiciones de deterioro y fragilidad biológica, justifican probar la utilidad de intervenciones psicoterapéuticas de tratamiento destinadas a mejorar sus condiciones emocionales. Debiendo tomarse en cuenta que los trastornos afectivos como la depresión y la ansiedad, tienen un efecto deletéreo sobre el curso y pronóstico de la insuficiencia renal, así como en la aceptación y adaptación de estos pacientes a la enfermedad física y sus tratamientos.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

PROBLEMA GENERAL

¿Los niveles de depresión y ansiedad en los pacientes con insuficiencia renal crónica bajo tratamiento con diálisis peritoneal ambulatoria, pueden modificarse utilizando una técnica de psicoterapia dinámica breve de grupo?

PROBLEMAS ESPECIFICOS

A) ¿Cuales son los niveles de depresión y ansiedad en los pacientes con insuficiencia renal crónica bajo tratamiento -- con diálisis peritoneal ambulatoria en un hospital general de zona del sistema I.M.S.S., en la zona metropolitana de la ciudad de México?

B) ¿En qué magnitud pueden modificarse tales niveles de depresión y ansiedad en dichos pacientes utilizando una técnica de psicoterapia dinámica breve de grupo?

IV. HIPOTESIS

HIPOTESIS GENERAL

Los niveles de depresión y ansiedad de los pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal ambulatoria - pueden modificarse utilizando una técnica de psicoterapia dinámica breve de grupo.

HIPOTESIS ESPECIFICAS

A) Los niveles de depresión y ansiedad en los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis peritoneal ambulatoria en un hospital general de zona del I.M.S.S. en la zona metropolitana de la ciudad de México son elevados.

B) Tales niveles de depresión y ansiedad en estos pacientes pueden modificarse en forma significativa utilizando una técnica de psicoterapia dinámica breve de grupo.

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar los niveles de depresión y ansiedad de pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis peritoneal ambulatoria, cuando se utiliza una técnica de psicoterapia - dinámica breve de grupo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

A) Identificar los niveles de depresión y ansiedad de pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis peritoneal ambulatoria en un hospital general de zona del I.M.S.S. en la zona metropolitana de la ciudad de México.

B) Determinar los niveles de depresión y ansiedad de dichos pacientes cuando se utiliza una técnica de psicoterapia dinámica breve de grupo.

VI. MATERIAL Y METODOS

DISEÑO

Se utilizó un diseño experimental tipo ensayo clínico, conformando dos grupos de estudio en un hospital general de zona del sistema I.M.S.S., en la zona metropolitana de la ciudad de México. Se evaluaron niveles de depresión y ansiedad en todos los pacientes antes y después del tratamiento, aplicándose tratamiento psicoterapéutico solo a uno de los grupos.

GRUPOS DE ESTUDIO

GRUPO EXPERIMENTAL.- Siete pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal ambulatoria, en quienes se realizó evaluación inicial y final de depresión y ansiedad, y a quienes se aplicó el tratamiento psicoterapéutico.

GRUPO CONTROL.- Ocho pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal ambulatoria a quienes se efectuó evaluación inicial y final de depresión y ansiedad y no se aplicó el tratamiento psicoterapéutico.

CRITERIOS DE INCLUSION

- A) Edad entre 18 y 60 años.
- B) Admitido en un programa ambulatorio de diálisis peritoneal en un hospital general de zona del sistema I.M.S.S., en la zona metropolitana de la ciudad de México, D.F.
- C) Diagnóstico de insuficiencia renal crónica establecido por evolución clínica y estimación indirecta de disminución en la tasa de filtración glomerular, efectuado por médico internista o nefrólogo.
- D) Cualquier causa de insuficiencia renal crónica, excepto malformación congénita.
- E) Por lo menos con seis meses de tratamiento en la modalidad peritoneal de diálisis.
- F) Calificación menor de 23 en el índice de gravedad de insuficiencia renal crónica IRC-IG (Anexo VI).
- G) Con criterios diagnósticos de trastorno depresivo, excepto depresión mayor, determinados por entrevista clínica estructurada (Anexo I).
- H) Con criterios diagnósticos de trastorno por ansiedad, excepto crisis de angustia, determinados por entrevista clínica estructurada (Anexo I).
- I) Cuando menos con una relación interpersonal estable: hijos, padres, esposa(o), pareja.
- J) Aceptar participar voluntariamente en el estudio previa información de los posibles riesgos y beneficios, así como de los métodos de asignación y tratamiento utilizados y los objetivos a conseguir.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- A) Criterios para diagnóstico de depresión mayor y/o crisis de angustia determinados por entrevista clínica estructurada.
- B) Criterios para diagnóstico de trastorno psicótico de cualquier tipo, trastorno narcisista o fronterizo de personalidad descompensado según entrevista clínica.
- C) Tratamiento farmacológico ansiolítico o antidepresivo al momento del estudio.
- D) Encontrarse en protocolo de trasplante.
- E) Peritonitis vigente o en remisión.
- F) Infección, obstrucción o dislocación del cateter de diálisis vigente o en remisión.
- G) Infección de pared abdominal vigente o en remisión.
- H) Restricción total o limitación severa en la capacidad para el desplazamiento físico voluntario.
- I) Disminución severa de la capacidad auditiva y/o visual.
- J) Calificación de 18 o menos en el Examen Cognoscitivo Breve (Anexo V).

CRITERIOS DE ELIMINACION

- A) Detección de depresión mayor, trastorno psicótico de cualquier tipo, trastorno narcisista o fronterizo de personalidad descompensados durante el transcurso del estudio, corroborados por re-evaluación clínica.
- B) Detección de interferencia o deterioro cognitivo corroborados por re-evaluación clínica y aumento en la calificación en el Examen Cognoscitivo Breve de cuando menos 30% con respecto a la obtenida al inicio del estudio.
- C) Incremento en la calificación en el Índice de gravedad de insuficiencia renal crónica IRC-IG a 23 o más.
- D) Cambio de diálisis peritoneal a hemodiálisis.
- E) Desarrollo de peritonitis grave.
- F) Desarrollo de obstrucción o dislocación grave del cateter de diálisis.
- G) Desarrollo de infección grave de pared abdominal.
- H) Inasistencia continua a cuatro sesiones de tratamiento o a seis sesiones no continuas.

VARIABLES**1. VARIABLE INDEPENDIENTE:**

Psicoterapia dinámica breve de grupo para pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis peritoneal.

A) DEFINICION OPERACIONAL: técnica de psicoterapia que se basa en la reunión de ocho a doce pacientes, durante doce sesiones de tratamiento, cada una de noventa minutos de duración, una vez por semana; cuyos objetivos son: a) elaboración del duelo por las pérdidas físicas, psicológicas y sociales que la enfermedad impone a los pacientes, b) disminución de la depresión y la ansiedad acompañantes, y c) mejoramiento de sus interacciones con la familia, el ambiente médico y el entorno social.

B) CATEGORIAS: a) Aplicación del tratamiento.
b) No aplicación del tratamiento.

C) NIVEL DE MEDICION: Nominal.

D) DEFINICION CONCEPTUAL: intervención psicoterapéutica basada en la teoría psicoanalítica general, caracterizada por dos elementos básicos: 1) planificación del proceso y 2) focalización de la interpretación. Por planificación se entiende: a) evaluación diagnóstica inicial, b) manejo terapéutico de la limitación temporal (fecha de terminación determinada al inicio de la experiencia), c) delimitación de las metas terapéuticas, d) centralización del contenido terapéutico en el aquí y ahora, e) manejo activo de las sesiones por los terapeutas y f) sostenimiento de una relación terapéutica en transferencia positiva (77-78). Por focalización se entiende: delimitar una a tres áreas problema compartidas por todos los pacientes, expresadas y trabajadas focalmente, esto es, constituidas como ejes de trabajo que organicen tanto el relato de los pacientes como sus síntomas, su conflictiva subyacente, sus funciones yoicas, y quien la actividad directiva e interpretativa de los terapeutas (81-82). Este foco de trabajo --

permite operar con atención selectiva sobre él, y desatender selectivamente aquello que no tiene que ver con el mismo. Su utilización permite establecer objetivos limitados al tratamiento que no incluyen la reconstrucción de la personalidad, pero son ambiciosos al pretender lograr cambios intrapsíquicos psicodinámicos y no tan solo un retorno al statu quo anterior (77-78,80-82).

F) DESCRIPCIÓN DE LA VARIABLE: El desarrollo del proceso en esta modalidad de psicoterapia atraviesa cuatro etapas, a saber:

ETAPA I (Sesiones 1 a 3):

Se caracteriza por tres tareas: a) reconocimiento mutuo de los miembros del grupo y los terapeutas, b) establecimiento de un medio ambiente terapéutico y c) contrato y focalización del problema(s). Los terapeutas facilitan activamente estos procesos a través de la explicación, aclaración y confrontación de las metas, propósitos y límites del grupo. En esta etapa los pacientes rivalizan por el reconocimiento de los terapeutas y vacilan para aceptar su orientación (78).

ETAPA II (Sesiones 4 a 6):

Las tareas básicas son: a) establecimiento de la cohesividad del grupo, b) orientación de los miembros hacia las metas terapéuticas preestablecidas (focalización). La mayor actividad de los terapeutas está dirigida a la clarificación de tales metas y a la interpretación de las resistencias. El grupo reacciona ante esto con actitudes de ataque-fuga, de ira y deserciones. En esta etapa se espera construir un grupo cohesivo cuyos miembros encarnen la soluciones a sus problemas como una labor individual y del grupo en su conjunto (78).

ETAPA III (Sesiones 7 a 9):

Ha sido llamada por Bion como la etapa del grupo de trabajo. Consiste en un periodo de reciprocidad y roles complementa-

rios, lo cual conforma una atmósfera de soporte permitiendo a los pacientes revelar sus problemas, explorar sus raíces dinámicas y aceptar la retroalimentación en forma más libre. El rol de los terapeutas es más tradicional, ofreciendo interpretaciones y clarificaciones. Caracteriza a esta etapa el bajo ausentismo y un sentimiento de optimismo y la sensación de que el grupo trabaja como un instrumento creativo y de integración social (78).

ETAPA IV (Sesiones 10 a 12):

Llamada etapa de terminación, tiene como tarea principal resumir y reconocer lo que se ha logrado; además de encontrar una manera de despedirse. la mayoría de los grupos se defienden - contra el final incrementando la pasividad de sus miembros, la dependencia hacia los terapeutas y el resurgimiento de la sintomatología inicial. La tarea básica de los terapeutas consiste en relacionar en el aquí y ahora la aparición de estos sentimientos con la pérdida del espacio grupal, lo que reactiva el sentimiento por las pérdidas orgánicas, además de los procesos de duelo no resueltos a lo largo de la vida (78).

2. VARIABLES DEPENDIENTES:

2.1. Depresión

2.2. Ansiedad

2.1. DEPRESION:

A) **DEFINICION OPERACIONAL:** trastorno emocional diagnosticado por psiquiatra entrenado, utilizando los criterios para trastornos depresivos de la entrevista clínica estructurada DSM-III-R Versión 1985 (85) (Anexo I); y evaluada con la escala Montgomery-Asberg para depresión (87, 89). El paciente también realiza una evaluación de su trastorno, utilizando el inventario autoaplicable de Beck para depresión (86) (Anexo II).

B) **CATEGORIAS:** a) Presencia de depresión.
b) Ausencia de depresión.

C) **NIVEL DE MEDICION:** nominal.

D) **DEFINICION CONCEPTUAL:** presencia en el paciente, de un estado de ánimo triste de duración e intensidad variable, que se acompaña de alteraciones en el apetito, el sueño, dificultades para pensar y concentrarse; pudiendo incluir sentimientos de desesperanza o culpa (9).

2.2. ANSIEDAD:

A) **DEFINICION OPERACIONAL:** trastorno emocional diagnosticado por psiquiatra entrenado, utilizando los criterios para trastornos por ansiedad de la entrevista clínica estructurada DSM-III-R. Versión 1985 (85) (Anexo I) y calificada utilizando la Escala Clínica de Ansiedad (88-89) (Anexo IV).

B) **CATEGORIAS:** a) Presencia de ansiedad.
b) Ausencia de ansiedad.

C) **NIVEL DE MEDICION:** nominal.

D) DEFINICION CONCEPTUAL: presencia en el paciente de -- preocupación, tensión o inquietud constante, excesiva y no realista sobre circunstancias cotidianas comunes, o la sensación de un peligro no definido. Su duración e intensidad varían y se acompañan de temblor, dolor muscular, fatigabilidad, taquicardia, sensación de ahogo, de inestabilidad, micción frecuente, irritabilidad y dificultad para dormir (9).

3. VARIABLES BASALES:

3.1. Tipo de enfermedad.

3.2. Tipo de tratamiento.

3.1. TIPO DE ENFERMEDAD:

A) DEFINICION OPERACIONAL: diagnóstico médico que tengan los pacientes al ingresar al estudio y a quienes se aplicará la - maniobra psicoterapéutica.

B) CATEGORIAS: Insuficiencia Renal Crónica.

C) DEFINICION CONCEPTUAL: reducción de la tasa de filtración glomerular de más del 30% por cuando menos tres a seis meses (normal = $120 \text{ mg}^{\pm 15}$) o una disminución progresiva y gradual de la misma durante varios meses o años. La tasa de filtración glomerular se estima por aclaración de creatinina, utilizando cifras de depuración de la misma en orina de 24 hrs (90).

D) NIVEL DE MEDICION: nominal.

3.2. TIPO DE TRATAMIENTO:

A) DEFINICION OPERACIONAL: modalidad y esquema de aplicación de diálisis que reciban los pacientes desde el principio del tratamiento o cuando menos desde seis meses antes de ingresar al estudio.

B) CATEGORIAS: Diálisis Peritoneal Ambulatoria.

C) DEFINICION CONCEPTUAL: aplicación y extracción de una solución dianeal (glucosa al 1.5, 2.5 ó 4.25 g/dl) hacia el interior de la cavidad abdominal, a través de un cateter colocado para tal fin, con la intención de remover del torrente circulatorio los productos del metabolismo proteico que no pueden excretarse por el sistema renal, dado su deterioro anatómico y funcional. El tratamiento es aplicado por el mismo paciente y por el familiar o los familiares entrenados para ello, dentro de su propio domicilio.

en un lugar destinado para tal fin. El esquema de aplicación se determina según necesidades particulares del paciente y por normas establecidas en la unidad hospitalaria de la que depende (91).

D) NIVEL DE MEDICION: nominal.

4. VARIABLES DE CONFUSION:

4.1. TIPO DE HOSPITAL: los pacientes se seleccionaron del servicio de diálisis peritoneal ambulatoria de un hospital del segundo nivel de atención del sistema I.M.S.S., en la ciudad de México D.F., que cuenta con más de cien camas de capacidad, y atiende a derechohabientes de la región noroeste de la ciudad de México y a trabajadores de la Comisión Federal de Electricidad de cualquier lugar del país. Esta unidad hospitalaria cuenta con una sección de atención a urgencias, una de internamiento de corta estancia con veinte camas; así como una de consulta externa de diversas especialidades médicas y quirúrgicas. El servicio de diálisis peritoneal ambulatoria funciona desde hace dos años y está a cargo de un médico internista que cambia cada seis meses, así como un equipo de tres enfermeras, dos de las cuales son auxiliares que rotan trimestralmente y la tercera es una enfermera general permanentemente asignada al servicio como jefa del equipo.

4.2. GRAVEDAD DEL PADECIMIENTO: impacto de la insuficiencia renal crónica sobre el estado biológico del paciente, evaluado a través del índice de gravedad de insuficiencia renal crónica IRC-IG (55) (Anexo VI).

4.3. ESTADO COGNITIVO: alteración en las funciones de atención, concentración, orientación y memoria, evaluadas con criterios de la entrevista clínica estructurada DSM-III-R (85) (Anexo 1) y el Examen Cognoscitivo Breve (56-57) (Anexo V).

4.4. ENCEFALOPATIA UREMICA: evidencia de alteración cognitiva y conductual, evaluados por criterios para trastornos mentales orgánicos de la entrevista clínica estructurada DSM-III-R (85) y el Examen Cognoscitivo Breve (56-57), concomitante con cifras mayores de 120 mg/dl de nitrógeno ureico y 20mg/dl de creatinina sérica, considerando una ingesta proteica en el paciente 1.2 a 1.5 gramos de proteína por kilo de peso corporal. Su frecuencia en pacientes en diálisis peritoneal y hemodiálisis se estima en 5% (91).

4.5. ENCEFALOPATIA DIALITICA: disfunción cerebral generalizada clínicamente evidente por trastornos del lenguaje como disartria y disfasia, déficits en funciones instrumentales como dispraxias verbales e ideconstructivas, asterixis o temblor distal franco. Registro electroencefalográfico de actividad lenta incrementada y paroxística en regiones fronto-temporales bilaterales. Se ha evidenciado después de tres años de tratamiento en hemodiálisis en un 2% de los pacientes (49-50). Su frecuencia de aparición aun no ha sido determinada en pacientes con diálisis peritoneal.

4.6. UREA: producto del metabolismo proteico, fácilmente difundible a todo el organismo, reportando valores normales de 16 a 35 mg/100 mg por determinación sérica.

4.7. CREATININA: producto metabólico de glicina, arginina y metionina, excretado por vía renal entre 0.6 y 2.7 mg/100 ml en 24 hrs. y determinada sericamente en cifras normales de 0.6 a 1.2 grs/100 ml.

RECURSOS

A) MATERIALES:

a) reproducciones fotocopiadas de los instrumentos de evaluación de depresión, ansiedad, estado cognitivo y gravedad de la insuficiencia renal crónica.

b) lápices para respuesta.

c) espacio físico para el trabajo psicoterapéutico con los pacientes asignados a tratamiento.

d) computadora y paquetes estadísticos para el análisis de resultados.

B) HUMANOS:

a) dos médicos psiquiatras, uno encargado de la selección y evaluación inicial e intermedia de pacientes, otro encargado de la evaluación final.

b) dos coterapeutas para la aplicación del tratamiento psicoterapéutico a los pacientes.

c) una enfermera de apoyo.

d) un asesor metodológico.

PROCEDIMIENTOS

1. ESTANDARIZACION DE INSTRUMENTOS DE EVALUACION.

El índice de gravedad de insuficiencia renal crónica IRC-IG es un instrumento propuesto para evaluar la gravedad de la enfermedad desde un punto de vista exclusivamente orgánico; esto es, sin considerar los factores psicosociales que intervienen en ella y que en el caso de esta condición han sido ampliamente reconocidos (38). El IRC-IG fué publicado en 1991 y al momento de la presente investigación, no había sido introducido en nuestro medio. Con esta finalidad se diseñó un estudio para conocer la reproducibilidad de dicho instrumento en la evaluación de la gravedad de pacientes con insuficiencia renal crónica bajo tratamiento con diálisis peritoneal, en las condiciones naturales de la práctica clínica del hospital donde se trabajó. Los resultados de dicho estudio se describen en el Anexo VI.

En el caso del inventario de Beck (86), se conocen estudios de su validez y reproducibilidad como prueba diagnóstica de depresión en pacientes de un hospital de cardiología (31) y otro de neumología de nuestro medio (32); sin embargo, estas mismas características no habían sido investigadas en pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal. Con esta finalidad se realizó un estudio en la unidad hospitalaria donde se efectuó la investigación; los resultados de dicho estudio se describen en el Anexo II.

Los demás instrumentos de evaluación se utilizaron basándose en la información disponible en la literatura acerca de su validez y reproducibilidad.

2. EVALUACION INICIAL Y SELECCION DE PACIENTES.

Se encuestó el total de los 73 pacientes atendidos en el programa de diálisis peritoneal ambulatoria del Hospital General de Zona No. 24, entre los meses de noviembre de 1992 a enero de 1993; recopilando información sobre 24 variables. La encuesta se realizó por el encargado del proyecto, a familiares consanguíneos

y/o convivientes de cada paciente, en el ámbito hospitalario o en sus hogares. Solo a seis pacientes se les entrevistó directamente por inasistencia repetida de sus familiares a las citas en el hospital o indisponibilidad de los mismos en la visita al hogar.

Al momento de la encuesta y de mutuo acuerdo, a los 73 pacientes se les programó una entrevista con un psiquiatra independiente del equipo de investigación y cegado al proyecto, quien evaluó en ellos la presencia de depresión y ansiedad, utilizando la Entrevista Clínica Estructurada DSM-III-R para trastornos afectivos; así como su estado cognitivo a través de dicho instrumento y del Examen Cognoscitivo Breve. Cuando la depresión y la ansiedad se encontraron presentes, su intensidad se evaluó utilizando las escalas Montgomery-Asberg para Depresión y Clínica de Ansiedad. Todos estos instrumentos se presentan en los apéndices respectivos.

Antes de esta entrevista psiquiátrica, todos los pacientes resolvieron un ejemplar del inventario para depresión de Beck, por lo que al presentarse a la misma, contaban ya con una autoevaluación de depresión. Estas autoevaluaciones, así como los puntajes obtenidos en las escalas de intensidad Montgomery-Asberg para depresión y Escala Clínica de Ansiedad, permanecieron ocultos hasta completar el tratamiento. El resultado diagnóstico de la Entrevista Clínica Estructurada, así como el del Examen Cognoscitivo Breve se utilizaron como criterios de selección al estudio.

Dos de los pacientes con diagnóstico concomitante de depresión y ansiedad en la Entrevista Clínica Estructurada, no cumplieron con el resto de criterios para incluirse en el estudio; uno por diagnóstico de malformación congénita como causa de insuficiencia renal y otro por no contar con una relación interpersonal estable. Los que cubrieron todos los requisitos fueron invitados a participar, recibiendo información detallada sobre los objetivos de la investigación, así como los beneficios que obtendrían en caso de incluirse y los posibles riesgos. A quienes aceptaron, se les programó entonces una segunda y tercera entrevista de evaluación psiquiátrica, a la mitad y al finalizar el periodo de tra

tamiento.

A todos los pacientes con diagnóstico de depresión y/o ansiedad diagnosticados en la primera entrevista psiquiátrica, se les proporcionó un ejemplar del índice de gravedad de insuficiencia renal crónica IRC-IG, para ser requisitado por su respectivo médico internista, mismo que devolvieron dentro de la semana previa al inicio del tratamiento.

3. ASIGNACION DE PACIENTES AL TRATAMIENTO.

En forma aleatoria, los pacientes se asignaron a un grupo control con ocho individuos y un grupo experimental de igual tamaño. Ambos se citaron al hospital el mismo día de la semana, aunque con dos horas de diferencia; el grupo control se citó a -- las sesiones de información sobre procedimientos de la diálisis -- peritoneal conducidas por la enfermera jefe del mismo servicio; mientras que el grupo de tratamiento se reunió en el área de enseñanza del hospital, donde se realizó la maniobra psicoterapéutica.

4. APLICACION DEL TRATAMIENTO.

El tratamiento se llevó a cabo durante los meses de febrero, marzo y abril de 1993, en doce sesiones de noventa minutos de duración cada una, a la misma hora del día jueves de cada semana. En la primera sesión se detectó a una paciente con trastorno narcisista de personalidad descompensado que contraindicaba en -- ella la psicoterapia de grupo; por este motivo, se excluyó del estudio y fué enviada a tratamiento individual al servicio de psiquiatría del mismo hospital. Esto disminuyó a siete el número de pacientes en el grupo experimental.

5. EVALUACIONES DURANTE EL TRATAMIENTO.

En la entrevista programada a la mitad del periodo de -- tratamiento, el mismo evaluador inicial aplicó por segunda oca--- sión el Examen Cognocitivo Breve a todos los pacientes participan--- tes.

6. EVALUACION FINAL DE PACIENTES.

En la entrevista posterior al tratamiento, un segundo psiquiatra independiente del equipo de investigación y cegado al proyecto, realizó en ambos grupos un nuevo reconocimiento diagnóstico de depresión y ansiedad, así como evaluación de intensidad de ambas condiciones y valoración del estado cognitivo de los pacientes, utilizando los mismos instrumentos de la primera entrevista. Antes de esta segunda entrevista psiquiátrica, todos los pacientes resolvieron un nuevo ejemplar del inventario autoaplicable de Beck para depresión.

TAMAÑO DE MUESTRA

1. DEPRESION.

El tratamiento psicoterapéutico grupal pretendió disminuir en 70% la prevalencia de depresión en los pacientes del grupo experimental. Para detectar ese cambio con un poder del 80% a un nivel de significancia de 5% bimarginal, se realizó el siguiente cálculo (92):

$$P_C = 1.0 \quad d = P_E + P_C \quad \bar{P} = (P_E + P_C)/2$$

$$P_E = 0.3 \quad d = -0.7 \quad \bar{P} = 0.65$$

$Z_{\alpha} = 1.96$, para una significancia de 0.05

$Z_{\beta} = 0.84$, para un poder del 80%

$$n = \left\{ Z_{\alpha} \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + Z_{\beta} \sqrt{P_E(1-P_E) + P_C(1-P_C)} \right\}^2 / 2$$

$n = 6$ (seis pacientes).

Donde:

P_C = prevalencia de depresión en el grupo control al finalizar el tratamiento.

P_E = prevalencia de depresión en el grupo experimental al finalizar el tratamiento.

d = diferencia de prevalencias esperada entre ambos grupos de estudio al término del tratamiento.

\bar{P} = promedio de prevalencias.

Z_{α} = probabilidad de atribuir falsamente al tratamiento la diferencia esperada entre prevalencias de depresión de ambos grupos de estudio.

$Z_{\beta} = 1-\beta$; probabilidad de atribuir acertadamente al tratamiento dicha diferencia esperada entre prevalencias de depresión.

n = número requerido de pacientes para cada grupo de estudio.

2. ANSIEDAD.

La prevalencia de ansiedad se pretendió modificar del 45% al 0% en los pacientes del grupo que recibió el tratamiento. Para detectar dicho cambio con un poder del 80% a un nivel de significancia de 5% bimarginal se realizó el cálculo siguiente, utilizando la misma fórmula del apartado anterior (92):

$$P_C = 0.45 \quad \delta = -0.45 \quad \bar{P} = 0.225$$

$$P_E = 0.00$$

$$Z_{\alpha} = 1.96, \text{ para una significancia de } 0.05$$

$$Z_{\beta} = 0.84, \text{ para un poder del } 80\%$$

Donde:

P_C = prevalencia de ansiedad en el grupo control al finalizar el tratamiento.

P_E = prevalencia de ansiedad en el grupo experimental al finalizar el tratamiento.

δ = diferencia de prevalencias esperada entre ambos grupos de estudio al término del tratamiento.

\bar{P} = promedio de prevalencias.

Z_{α} = probabilidad de atribuir falsamente al tratamiento

la diferencia esperada entre prevalencias de ansiedad de ambos grupos de estudio.

$Z_{\beta} = 1 - \beta$; probabilidad de atribuir acertadamente al tratamiento dicha diferencia esperada en prevalencias de ansiedad.

n = número de pacientes requerido para cada grupo de estudio.

El número requerido de pacientes fué de 14, mismo que se incremento a 17 al estimar las posibles pérdidas en 20% (73, 93).

De todos los pacientes admitidos en el programa de diálisis peritoneal ambulatoria y diagnosticados con depresión y/o ansiedad, solo 16 cubrieron los requisitos de ingreso al estudio; ocho de ellos se asignaron entonces, al grupo experimental y los ocho restantes integraron el grupo control.

ANALISIS ESTADISTICO

1. DESCRIPCION:

Se utilizaron frecuencias simples, mediana, amplitud, promedios y desviación estándar.

2. COMPARABILIDAD BASAL:

Se utilizaron pruebas para un diseño de dos grupos independientes: Prueba Exacta de Fisher, U de Mann-Whitney y Prueba "t", según se cumplieron sus condiciones de aplicación.

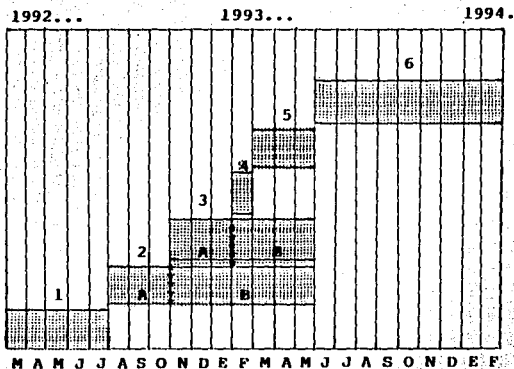
3. COMPARABILIDAD FINAL:

Los resultados entre los grupos con respecto al cambio - se evaluaron con Prueba Exacta de Fisher, U de Mann-Whitney y Análisis de Varianza no paramétrico.

La comparación al interior de los grupos (cambio en los niveles de depresión y ansiedad antes y después de la aplicación de la maniobra) se evaluó con la prueba de rangos de Wilcoxon.

El nivel de significancia se fijó en 0.05, bimarginal.

CRONOGRAMA



1. Elaboración y aprobación del protocolo de investigación; marzo a julio de 1992.

2. Pruebas de aplicación de instrumentos de diagnóstico y medición:

a) Confiabilidad del Índice de Gravedad de Insuficiencia Renal Crónica; agosto a octubre de 1992.

b) Validez de diagnóstico del Inventario de Beck para depresión; noviembre de 1992 a mayo de 1993.

3. Encuesta y selección de pacientes:

a) A incluir en el protocolo de tratamiento: de noviembre de 1992 a enero de 1993.

b) A incluir en el protocolo de validez del instrumento de evaluación de depresión; de noviembre de 1992 a mayo de 1993.

4. Evaluación inicial de pacientes: enero de 1993.

5. Aplicación del tratamiento: de marzo a mayo de 1993.

6. Análisis y aprobación de resultados; redacción y aprobación de tesis: de junio de 1993 a febrero de 1994.

VII. DESCRIPCION DEL TRATAMIENTO

Los objetivos generales del tratamiento se han presentado anteriormente en el capítulo de antecedentes y la descripción general de la técnica se detalló como la variable independiente en la sección de material y métodos. En lo sucesivo, se presenta una descripción del contenido de la maniobra psicoterapéutica, recopilando los eventos sobresalientes de cada etapa del tratamiento, el manejo asumido por los terapeutas y la conducta del grupo.

ETAPA I (sesiones 1 a 4):

Durante las primeras cuatro sesiones del tratamiento, la actividad de los terapeutas estuvo dirigida a crear un clima grupal de confianza mutua y apoyo, mostrando constantemente a los pacientes cómo la enfermedad orgánica les condicionaba un monto de sufrimiento emocional que no era visto ordinariamente por sus médicos internistas o nefrólogos y que constituía por sí mismo una enfermedad que requería atenderse. La mayor parte de ellos se mostraban asombrados al ver que la vivencia de su intimidad se había vuelto dolorosa, pero que a pesar de eso podían compartirla, poco a poco, con los otros miembros del grupo; pudiendo ser entendidos y apoyados, inicialmente por los terapeutas. Un paciente mostró gran ambivalencia para unirse al trabajo del grupo, convirtiéndose en el líder de la resistencia, asistiendo con irregularidad y no aceptando frecuentemente la ayuda que le ofrecía el grupo. El clima grupal en esta etapa fué de dolor intenso y asombro; la actividad de los terapeutas de gran directividad y apoyo; la asistencia de los pacientes, a partir de la segunda sesión, muy irregular.

ETAPA II (sesiones 5 a 8):

En esta etapa la actividad de los terapeutas fué de apoyo y de mostrar a los pacientes como sus juicios y su visión de sí mismos y de sus circunstancias se deformaban por su depresión y pesimismo; lo cual magnificaba sus dificultades y pérdidas, haciéndolos sentirse sin recursos para mitigarlas y/o repararlas. Se interpretó la dificultad para participar en el grupo, así como la inasistencia a las sesiones como un derivado de lo anterior y como resistencia a reconocer tal condición. El grupo mostró sus

sentimientos por no poder ejercer completa ni adecuadamente su rol como jefes de familia, como hijos o parejas; su dolor por no poder realizar las actividades laborales y físicas a que estaban acostumbrados, su alejamiento de la vida sexual y su fantasía aterradoras de llevar dentro de sí un órgano muerto. Se hizo evidente su furia contra la institución ineficiente y burocrática, y contra el equipo médico deshumanizado que los atendía; misma que se interpretó como debida a la frustración de la fantasía de encontrar un equipo médico todopoderoso al cual entregarse pasivamente para ser reparados de la enfermedad y protegidos de la muerte.

La asistencia continuó siendo irregular con recambios -- constantes en los asistentes, el líder de la resistencia mencionado antes dejó de asistir por completo; al igual que lo hizo una paciente que sufrió un proceso bronconeumónico severo. Ninguno de estos hechos se mencionó en el grupo, permitiendo a los terapeutas mostrar cómo se esforzaban en no hablar de los ausentes evitando así enfrentarse con la amenaza de la muerte.

ETAPA III (sesiones 9 a 12):

Aunque ya el tema de la muerte había aparecido en escena en la etapa anterior, fué la proximidad de la terminación del tratamiento lo que lo llevó por completo al trabajo y la reflexión grupal. Los terapeutas mostraron a los pacientes como tal hecho se había convertido en una fantasía abrumadora que paralizaba su capacidad para pensar, planear y vivir el tiempo que tenían de vida; incluso haciéndolos sentirse ya muertos e impidiéndoles adueñarse de su propia vida y luchar por ella cualquiera que fuese su duración. La mayor parte de ellos habían desatendido obstinadamente su cuerpo, aún teniendo avisos médicos de alerta desde hacia varios años. Maldecir obstinadamente a la suerte no era una solución; era más importante reconocer la propia responsabilidad en enfermarse a tales extremos y arrancarle a la enfermedad la totalidad de la decisión sobre sus vidas.

La asistencia en esta etapa fué la más baja de todas; la actividad de los terapeutas continuó siendo de apoyo y en gran medida de confrontación e interpretativa.

VIII. RESULTADOS

1. ESTANDARIZACION DE INSTRUMENTOS.

En la determinación de la confiabilidad del Índice de Gravedad de Insuficiencia Renal Crónica IRC-IG para evaluar la gravedad del padecimiento en estos pacientes, se obtuvieron coeficientes de Kappa ponderado (Kw) con valores de 0.34 ($p < 0.001$) y 0.53 ($p < 0.001$) para las concordancias inter e intraobservador respectivamente (Tablas No.1 y 2. Anexo VI). Se obtuvo un coeficiente de correlación promedio de $r_s = 0.95$ ($p < 0.001$) entre las evaluaciones realizadas (Tabla No.3. Anexo VI).

El análisis del Inventario de Beck como prueba diagnóstica de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica - bajo diálisis peritoneal, mostró una sensibilidad de dicho instrumento de 0.78 y especificidad de 0.72 (Tabla No.1. Anexo II). En el análisis ROC, el mejor equilibrio entre la sensibilidad y la especificidad se encontró en 13, estableciéndose como punto de corte para realizar el diagnóstico de depresión en estos pacientes (Fig. No. 1 y cuadro No. 1. Anexo II).

2. ENCUESTA A PACIENTES REGISTRADOS EN EL PROGRAMA DE DIALISIS PERITONEAL AMBULATORIA.

De los 73 pacientes registrados en este programa en el Hospital General de Zona No. 24 del I.M.S.S. en el DF, 42% fueron mujeres y 58% hombres. La edad promedio del grupo fue de 47 años con desviación estandar (DE) de 16; su tiempo promedio de atenderse en esa modalidad de diálisis fue de 15 meses con DE de 17 (Cuadro No.1). En tres mediciones mensuales consecutivas de Urea y Creatinina y en tres bimestrales de albúmina, el grupo registró los siguientes promedios: urea=164 mg/dl con DE de 92; -- creatinina=13 mg/dl con DE de 3; albúmina=3.2 g/dl con DE de 0.4 (Cuadro No.1).

El 39% de los pacientes no realizaban ninguna actividad laboral; el 12% trabajaba en su hogar y el 18% desempeñaba algún

tipo de actividad informal como pequeñas ventas, ayuda en algún taller o ayuda en sus antiguos empleos (Cuadro No. 2). El 73% estaban casados y solo el 19% solteros; un 27% del total no contaba con una relación de pareja al momento de la encuesta; el 81% eran padre o madre de familia y el 63% vivían con su cónyuge (Cuadros No. 3-6). Solo el 8% del grupo tenía posibilidad de recibir trasplante renal, permaneciendo en espera de donador (Cuadro No. 7).

Dos pacientes se encontraban bajo tratamiento psiquiátrico al momento de la encuesta, uno a consecuencia de un trastorno mental orgánico depresivo y otro debido a un cuadro psicótico también de tipo orgánico (Cuadro No. 8). El 6% de los pacientes presentó algún tipo de complicación de la diálisis al momento de ser encuestados (Cuadro No. 9).

Entre las causas de la insuficiencia renal crónica en estos pacientes, la nefropatía diabética ocupó el primer lugar con un 39% de los casos, seguida por la hipertensión arterial sistémica crónica con 25% y la glomerulonefritis crónica con 22% de los casos (Cuadro No. 10).

El diagnóstico de depresión y ansiedad se investigó en una muestra de 51 pacientes adscritos al programa, encontrándose depresión en 32 de ellos (62%) y ansiedad en 31 (60%) (Cuadro No. 11). De los pacientes con depresión, el 40% fueron hombres y el 60% mujeres (Cuadro No. 12). Entre los diagnosticados con ansiedad el 46% fueron hombres y el 54% mujeres (Cuadro No. 13). La depresión sola se encontró en tres mujeres y la ansiedad sola en dos hombres; el resto presentaron ambas entidades al momento de la investigación.

3. DESCRIPCION DE LA MUESTRA Y COMPARABILIDAD BASAL.

De los ocho pacientes que cumplieron los requisitos de ingreso al estudio e integraron el grupo control, 50% fueron del sexo femenino y 50% del masculino; su edad registró una mediana de 46.5 años con una amplitud de variación (AV) de 40. Tuviron una mediana de escolaridad de 6 años con AV de 13; su

tiempo de estancia en diálisis peritoneal tuvo una mediana de 11 meses con AV de 13 (Cuadro No. 14). Sus promedios de tres mediciones mensuales consecutivas de urea y creatinina tuvieron una mediana de 140mg/dl con AV de 26l y una mediana de 12mg/dl con AV de 20, respectivamente. Los promedios de tres mediciones bimestrales de albúmina mostraron una mediana de 3.1 g/dl con AV de 1.6 (Cuadro No. 15).

De los siete pacientes que conformaron el grupo experimental, 57% fueron del sexo femenino. La mediana de edad del grupo fué de 35 años con AV de 43; su escolaridad mostró una mediana de 7 años con AV de 7; el tiempo de atenderse en diálisis peritoneal ambulatoria tuvo una mediana de 14 meses con AV de 53 (Cuadro No. 14). Sus promedios de tres mediciones mensuales consecutivas de urea y creatinina registraron medianas de 114 mg/dl con AV de 13 y 13 mg/dl con AV de 24, respectivamente. Los promedios de tres determinaciones bimestrales de albúmina tuvieron una mediana de 3.1 g/dl y AV de 1.6 (Cuadro No. 15).

La comparación de estas variables entre ambos grupos, en ningún caso fué estadísticamente significativa (Cuadros No. 14 y 15).

Las causas de insuficiencia renal crónica en los pacientes de ambos grupos de estudio fueron: glomerulonefritis crónica, hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus tipo II (Cuadro No. 16).

4. EVALUACION INICIAL.

En la evaluación inicial realizada por el clínico, los pacientes de ambos grupos tuvieron diagnóstico positivo de depresión y ansiedad en todos los casos (Cuadros No. 17 y 18).

En el inventario para depresión de Beck, la mediana de calificaciones del grupo control fué de 19 y la del experimental de 11; la AV fué igual en ambos grupos (Cuadro No. 17). En la escala Montgomery-Asberg para depresión, los dos grupos registraron medianas semejantes, de 33 para el grupo control y de 36 pa-

ra el experimental; mientras que la amplitud de variación fué de 13 para el primero y de 19 para el segundo (Cuadro No. 17).

En la Escala Clínica de Ansiedad, la mediana de ambos grupos fué de 12, mientras que la AV fué de 7 para el grupo control y de 15 para el experimental (Cuadro No. 18).

La comparación estadística de calificaciones de depresión y ansiedad entre ambos grupos de estudio no fué significativa (Cuadros No. 17 y 18); como tampoco lo fueron las obtenidas en las evaluaciones de gravedad (Cuadro No. 19) y de estado cognitivo (Cuadro No. 20).

5. EVALUACION FINAL.

En la evaluación clínica realizada a los pacientes después del tratamiento, la depresión y la ansiedad se encontraron en todos los pacientes del grupo control y solo en tres del grupo experimental; esto significó un cambio del 57% con respecto a la primera evaluación ($p=0.02$) (Cuadros No. 17 y 18).

En el inventario para depresión de Beck, las medianas de ambos grupos crecieron, la del grupo control de 19 a 25.5 y la del experimental de 11 a 15; la amplitud de variación del primer grupo permaneció prácticamente sin cambio, mientras que la del segundo pasó de 19 a 27 ($p=0.01$) (Cuadro No. 14). La evaluación antes y después del tratamiento al interior de cada grupo, mostró diferencia estadísticamente significativa solo en las calificaciones del grupo control ($p=0.007$) (Cuadro No. 21).

En la escala Montgomery-Asberg para depresión, la mediana del grupo control prácticamente permaneció sin cambio; la del experimental disminuyó considerablemente, pasando de 36 a 8 y la del segundo se incrementó de 19 a 38. Sin embargo, la evaluación estadística de estas diferencias no fué significativa (Cuadro No. 17). La evaluación antes y después del tratamiento, dentro de cada uno de los grupos tampoco fué significativa (Cuadro No. 22).

En la Escala Clínica de Ansiedad, la mediana y la amplitud de variación del grupo control permanecieron prácticamente sin cambio. La mediana del grupo experimental decreció notablemente de 12 a 3; su amplitud también disminuyó, aunque en forma menos sensible, de 15 a 13 ($p=NS$) (Cuadro No. 18). Al interior de los grupos, la evaluación antes y después del tratamiento, fué significativa para el grupo experimental ($p=0.04$) (Cuadro No. 23).

La evaluación final de gravedad no mostró diferencia entre los grupos (Cuadro No. 19). Tampoco la hubo en las evaluaciones intermedia y final de estado cognitivo (Cuadro No. 20).

Tres pacientes del grupo experimental no asistieron a cuatro sesiones del tratamiento, dos de ellos en forma continua y el otro en forma intermitente. Estos pacientes integraron el subgrupo "No cumplidor", mientras los cuatro restantes quedaron como el subgrupo "Cumplidor". En adelante se muestran los resultados de ambos subgrupos y su comparación estadística con el grupo control.

En la evaluación clínica, en ninguno de los pacientes del subgrupo "Cumplidor" se diagnosticó depresión ni ansiedad, lo que constituyó un cambio del 100% ($p=0.01$) (Cuadros No. 24 y 25); por el contrario, en los tres pacientes del subgrupo "No cumplidor" se hallaron ambas entidades (Cuadros No. 26 y 27).

En el inventario para depresión de Beck, la mediana del subgrupo "Cumplidor" fué de 9.5, igual que en la evaluación anterior; su amplitud de variación disminuyó de 18 a 13 ($p=0.002$) (Cuadro No. 24). La mediana del subgrupo "No cumplidor" se incrementó de 22 a 27 y su amplitud de variación disminuyó de 17 a 10 (Cuadro No. 26). Al interior de cada subgrupo, la evaluación antes y después del tratamiento no fué significativa (Cuadro No. 28).

En la escala Montgomery-Asberg para depresión, la mediana y la amplitud de variación del subgrupo "Cumplidor" disminuyeron, de 36.5 a 10 la primera y de 19 a 7 la segunda ($p=0.01$)

(Cuadro No. 24). En el subgrupo "No cumplidor" la mediana y la amplitud fueron practicamente iguales a las de la evaluación anterior (Cuadro No. 26). La evaluación antes y despues del tratamiento al interior de los subgrupos no fué significativa (Cuadro No. 29).

En las calificaciones de la Escala Clinica de Ansiedad, la moda y la amplitud de variación del subgrupo "Cumplidor" disminuyeron notablemente; de 11.5 a 1.5 la primera y de 15 a 3 la segunda ($p=0.01$) (Cuadro No. 25). La mediana y la amplitud del subgrupo "No cumplidor" practicamente no se modificaron en relación con la anterior evaluación (Cuadro No. 27). La evaluación al interior de ambos subgrupos no fué significativa (Cuadro No. 30).

6. CUADROS

CUADRO No. 1

CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES
EN DIALISIS PERITONEAL AMBULATORIA
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.24
I.M.S.S.S DE NOVIEMBRE DE 1992 A ENERO DE 1993

	N=73	
	\bar{X}	(DE)
SEXO*		
Masculino (n=42)	58%	
Femenino (n=31)	42%	
EDAD	47	(16)
ESCOLARIDAD (años)	7	(4)
TIEMPO EN DIALISIS (meses)	19	(18)
TIEMPO EN DIALISIS PERITONEAL AMBULATORIA (meses)	15	(17)
INGRESO MENSUAL (nuevos pesos)	1118	(1177)
NUMERO DE HIJOS POR PACIENTE	4	(3)
NUMERO DE MIEMBROS POR FAMILIA/PACIENTE	5	(2)
UREA** (n=50)	164	(92)
CREATININA** (n=51)	13	(3)
ALBUMINA*** (n=50)	3.2	(0.4)

* Se expresa en porcentaje.

** mg/dl. Promedio de tres mediciones mensuales.

*** g/dl. Promedio de tres mediciones bimestrales.

CUADRO No. 2

OCUPACION SEGUN SEXO, ENTRE LOS PACIENTES EN
DIALISIS PERITONEAL AMBULATORIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL
GENERAL DE ZONA No. 24. I.M.S.S.
DE NOVIEMBRE DE 1992 A ENERO DE 1993

TIPO DE OCUPACION	SEXO		TOTAL	%
	F	M		
OBRERO	0	2	2	3
TECNICO	0	4	4	6
EMPLEADO	1	2	3	4
PROFESIONISTA	1	2	3	4
COMERCIANTE	2	1	3	4
HOGAR	16	0	16	22
OTROS	3	10	13	18
SIN ACTIVIDAD LABORAL	8	20	28	39
TOTAL	31	42	73	100

CUADRO No. 3

ESTADO CIVIL SEGUN SEXO, ENTRE LOS PACIENTES EN
DIALISIS PERITONEAL AMBULATORIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL
GENERAL DE ZONA No. 24. I.M.S.S.
DE NOVIEMBRE DE 1992 A ENERO DE 1993

ESTADO CIVIL	SEXO		TOTAL	%
	F	M		
SOLTERO	6	8	14	19
CASADO	20	33	53	73
VIUDO	2	1	3	4
UNION LIBRE	2	0	2	3
SEPARADO	1	0	1	1
TOTAL	31	42	73	100

CUADRO No. 4

**PAREJA ACTUAL SEGUN SEXO, ENTRE LOS PACIENTES EN
DIALISIS PERITONEAL AMBULATORIA ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 24. I.M.S.S. DE
NOVIEMBRE DE 1992 A ENERO DE 1993**

PAREJA ACTUAL	SEXO		TOTAL	%
	F	M		
CON PAREJA	18	35	53	73
SIN PAREJA	13	7	20	27
TOTAL	31	42	73	100

CUADRO No. 5

ROL FAMILIAR SEGUN SEXO, DESEMPEÑADO POR LOS PACIENTES
 CON DIALISIS PERITONEAL AMBULATORIA ATENDIDOS EN EL
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.24. I.M.S.S. DE
 NOVIEMBRE DE 1992 A ENERO DE 1993

ROL FAMILIAR	SEXO		TOTAL	%
	F	M		
PADRE	0	36	36	49
MADRE	23	0	23	32
HIJO	8	6	14	19
TOTAL	31	42	73	100

CUADRO No. 6

CONVIVENCIA SEGUN SEXO, ENTRE LOS PACIENTES CON
DIALISIS PERITONEAL AMBULATORIA ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 24. I.M.S.S. DE
NOVIEMBRE DE 1992 A ENERO DE 1993

CONVIVEN CON:	SEXO		TOTAL	%
	F	M		
CONYUGES	14	32	46	63
HIJOS	8	4	12	16
PADRES	8	6	14	19
HERMANOS	1	0	1	2
TOTAL	31	42	73	100

CUADRO No. 7

POSIBILIDAD DE TRANSPLANTE RENAL SEGUN SEXO,
 ENTRE LOS PACIENTES EN DIALISIS PERITONEAL AMBULATORIA
 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.24. I.M.S.S.
 DE NOVIEMBRE DE 1992 A ENERO DE 1993

	SEXO		TOTAL	n
	F	M		
CON POSIBILIDAD	3	3	6	8
SIN POSIBILIDAD	28	39	67	92
TOTAL	31	42	73	100

CUADRO No. 8

TRATAMIENTO PSIQUIATRICO ACTUAL SEGUN SEXO,
 ENTRE LOS PACIENTES EN DIALISIS PERITONEAL AMBULATORIA
 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.24. I.M.S.S. DE
 NOVIEMBRE DE 1992 A ENERO DE 1993

	SEXO		TOTAL	%
	F	M		
EN TRATAMIENTO	0	2	2	3
SIN TRATAMIENTO	31	40	71	97
TOTAL	31	42	73	100

CUADRO No. 9

COMPLICACIONES DE LA DIALISIS AL MOMENTO DE LA ENCUESTA,
 SEGUN SEXO, ENTRE LOS PACIENTES EN DIALISIS PERITONEAL
 AMBULATORIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.24.
 I.M.S.S. DE NOVIEMBRE DE 1992 A ENERO DE 1993

TIPO DE COMPLICACION	SEXO		TOTAL	%
	F	M		
PERITONITIS	2	0	2	3
INFECCION DE CATETER	0	1	1	1
INFECCION DE PARED ABDOMINAL	0	1	1	1
DISLOCACION DE CATETER	0	1	1	1
TOTAL	2	3	5	6

* Porcentaje con respecto al total de la muestra (N=73).

CUADRO No. 10

CAUSAS DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA SEGUN SEXO,
 ENTRE LOS PACIENTES EN DIALISIS PERITONEAL AMBULATORIA
 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 24. I.M.S.S.
 DE NOVIEMBRE DE 1992 A ENERO DE 1993

CAUSA DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	SEXO		TOTAL	%
	F	M		
NEFROPATIA DIABETICA	9	19	28	39
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA CRONICA	7	11	18	25
GLOMERULONEFRITIS CRONICA	8	8	16	22
MALFORMACION CONGENITA:				
- RIÑON POLIQUISTICO	3	3	6	8
- DOBLE SISTEMA PIELOCALICIAL	1	0	1	1
TOXEMIA GRAVIDICA	2	0	0	3
LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO	1	0	1	1
NEFROPATIA GOTOSA	0	1	1	1
TOTAL	31	42	73	100

CUADRO No. 11

**CASOS DE DEPRESION Y ANSIEDAD
EN UNA MUESTRA DE 51 PACIENTES
EN DIALISIS PERITONEAL
AMBULATORIA ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA
No. 24. I.M.S.S.**

DEPRESION	ANSIEDAD
32	31

CUADRO No. 12

CASOS DE DEPRESION
SEGUN SEXO EN UNA MUESTRA DE
51 PACIENTES EN DIALISIS
PERITONEAL AMBULATORIA
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL
GENERAL DE ZONA No. 24
I.M.S.S.

FEMENINO	MASCULINO
19	13

CUADRO No. 13

**CASOS DE ANSIEDAD
SEGUN SEXO EN UNA MUESTRA DE
51 PACIENTES EN DIALISIS
PERITONEAL AMBULATORIA
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL
GENERAL DE ZONA No. 24
I.M.S.S.**

FEMENINO	MASCULINO
16	15

CUADRO No. 14
COMPARABILIDAD BASAL
ENTRE AMBOS GRUPOS DE ESTUDIO

	CONTROL N=8	TRATAMIENTO N=7	P
	Md (AV)*	Md (AV)*	
SEXO**			
Masculino	50% (N=4)	43% (N=3)	NS***
Femenino	50% (N=4)	57% (N=4)	
EDAD	46.5 (40)	35 (43)	NS****
ESCOLARIDAD (años)	6 (13)	7 (7)	NS****
TIEMPO EN DIALISIS (meses)	13.5 (21)	22 (53)	NS****
TIEMPO EN DIALISIS PERITONEAL (meses)	(13)	14 (53)	NS****

* Amplitud de Variación: diferencia entre valores mayor y menor, más uno.

** Se expresa en porcentajes.

*** Prueba Exacta de Fisher.

**** U de Mann-Whitney.

CUADRO No. 15
COMPARABILIDAD BASAL
ENTRE AMBOS GRUPOS DE ESTUDIO

	CONTROL N=8	TRATAMIENTO N=7	p
	Md (AV)*	Md (AV)*	
NUMERO DE HIJOS POR PACIENTE	3.5 (5)	2 (10)	NS**
NUMERO DE MIEMBROS POR FAMILIA/PACIENTE	4 (5)	4 (6)	NS**
UREA**** (mg/dl)	140 (261)	114 (113)	NS**
CREATININA**** (mg/dl)	12 (20)	13 (24)	NS**
ALBUMINA*****	3.2 (1.1)	3.1 (1.6)	NS**
COMPLICACIONES DE LA DIALISIS DURANTE EL TRATAMIENTO (casos)	3	3	NS***

* Amplitud de Variación: diferencia entre valores mayor y menor, más uno.

** U de Mann-Whitney.

*** Prueba Exacta de Fisher

**** Promedio de tres mediciones mensuales.

***** Promedio de tres mediciones bimestrales

CUADRO No. 16

DIAGNOSTICO ETIOLOGICO
DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA
EN LOS PACIENTES DE AMBOS GRUPOS DE ESTUDIO

DIAGNOSTICO	GRUPO		p*
	CONTROL	TRATAMIENTO	
GLOMERULONEFRITIS CRONICA	3	4	NS
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA CRONICA	3	2	NS
DIABETES MELLITUS TIPO II	2	1	NS

* Prueba Exacta de Fisher

CUADRO No. 17

CALIFICACIONES DE DEPRESION ANTES Y DESPUES
DEL TRATAMIENTO EN AMBOS GRUPOS DE ESTUDIO

	ANTES			DESPUES		
	CONTROL Md (AV)*	TRATAMIENTO Md (AV)*	P	CONTROL Md (AV)*	TRATAMIENTO Md (AV)*	P
ENTREVISTA CLINICA ESTRUCTURADA DSM-III-R	100%** (n=8)	100%** (n=7)	NS***	100%** (n=8)	43%** (n=3)	0.02***
INVENTARIO DE BECK PARA DEPRESION (1)	19 (18)	11 (18)	NS****	25.5 (17)	15 (27)	0.03****
ESCALA PARA DEPRESION MONTGOMERY-ASBERG (2)	33 (13)	36 (19)	NS****	34.5 (8)	10 (38)	NS****

* Amplitud de variación: diferencia entre calificaciones mayor y menor, más uno.

** Se expresa en porcentaje y número de pacientes diagnosticados con Depresión

*** Prueba Exacta de Fisher

**** U de Mann-Whitney

(1) Kruskal-Wallis: p=0.01

(2) Kruskal-Wallis. NS

CUADRO No. 18

CALIFICACIONES DE ANSIEDAD ANTES Y DESPUES
DEL TRATAMIENTO EN AMBOS GRUPOS DE ESTUDIO

	ANTES			DESPUES		
	CONTROL Md (AV)*	TRATAMIENTO Md (AV)*	p	CONTROL Md (AV)*	TRATAMIENTO Md (AV)*	p
ENTREVISTA CLINICA ESTRUCTURADA DSM-III-R	100%** (n=8)	100%** (n=7)	NS***	100%** (n=8)	43%** (n=3)	0.02***
ESCALA CLINICA DE ANSIEDAD(1)	12 (7)	12 (15)	NS****	12.5 (6)	3 (13)	0.05****

* Amplitud de variación: diferencia entre calificaciones mayor y menor, más uno.

** Se expresa en porcentaje y número de pacientes diagnosticados con Ansiedad.

*** Prueba Exacta de Fisher

**** U de Mann-Whitney

(1) Kruskal-Wallis: NS

CUADRO No. 19

GRAVEDAD DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA
 ANTES Y DESPUES DEL TRATAMIENTO
 EN AMBOS GRUPOS DE ESTUDIO**

	CONTROL	TRATAMIENTO	p***
	Md (AV)*	Md (AV)*	
ANTES DEL TRATAMIENTO	12.5 (12)	11 (9)	NS
DESPUES DEL TRATAMIENTO	13 (8)	15 (12)	NS

* Amplitud de variación: diferencia entre calificaciones mayor y menor, más uno.

** Se calificó utilizando el INDICE DE GRAVEDAD DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA (IRC-IG)

*** U de Mann-Whitney

CUADRO No. 20

CALIFICACIONES EN EL EXAMEN COGNOSCITIVO BREVE
OBTENIDAS POR AMBOS GRUPOS DE ESTUDIO
ANTES, DURANTE Y DESPUES DEL TRATAMIENTO

NUMERO DE EVALUACION	GRUPO		p**
	CONTROL Md (AV)*	TRATAMIENTO Md (AV)*	
PRIMERA	28 (7)	27 (6)	NS
SEGUNDA	27 (5)	28 (6)	NS
TERCERA	28 (6)	28 (5)	NS

* Amplitud de variación: diferencia entre calificaciones mayor y menor, más uno.

** Prueba de Rangos de Wilcoxon.

CUADRO No. 21

CALIFICACIONES EN EL INVENTARIO PARA DEPRESION
DE BECK ANTES Y DESPUES DEL TRATAMIENTO
EN AMBOS GRUPOS DE ESTUDIO

GRUPO	ANTES		DESPUES		P**
	Md	(AV)*	Md	(AV)*	
CONTROL	19	(18)	25.5	(17)	0.007
TRATAMIENTO	11		15	(27)	NS

* Amplitud de variación: diferencia entre calificaciones mayor y menor, más uno.

** Prueba de rangos de Wilcoxon.

CUADRO No. 22

CALIFICACIONES EN LA ESCALA MONTGOMERY-ASBERG
 PARA DEPRESION ANTES Y DESPUES DEL TRATAMIENTO
 EN CADA GRUPO DE ESTUDIO

GRUPO	ANTES		DESPUES		p**
	Md	(AV)*	Md	(AV)*	
CONTROL	33	(13)	34.5	(8)	NS
TRATAMIENTO	36	(19)	10	(38)	NS

* Amplitud de variación: diferencia entre calificaciones mayor y menor, más uno.

** Prueba de Rangos de Wilcoxon.

CUADRO No. 23

CALIFICACIONES EN LA ESCALA CLINICA DE ANSIEDAD
 ANTES Y DESPUES DEL TRATAMIENTO
 EN CADA GRUPO DE ESTUDIO

GRUPO	ANTES		DESPUES		P**
	Md	(AV)*	Md	(AV)*	
CONTROL	12	(7)	12.5	(6)	NS
TRATAMIENTO	12	(15)	3	(13)	0.04

* Amplitud de variación: diferencia entre calificaciones mayor y menor, más uno.

** Prueba de Rangos de Wilcoxon.

**ESTA TESIS NO DEBE
 SALIR DE LA BIBLIOTECA**

CUADRO No. 24

CALIFICACIONES DE DEPRESION ANTES Y DESPUES
DEL TRATAMIENTO EN EL GRUPO CONTROL Y
EL SUBGRUPO EXPERIMENTAL "CUMPLIDOR"

	ANTES			DESPUES		
	CONTROL Md (AV)*	TRATAMIENTO Md (AV)*	P	CONTROL Md (AV)*	TRATAMIENTO Md (AV)*	P
ENTREVISTA CLINICA ESTRUCTURADA DSM-III-R	100%** (n=8)	100%** (n=4)	NS***	100%** (n=8)	0% (n=4)	0.01***
INVENTARIO DE BECK PARA DEPRESION(1)	19 (18)	9.5 (18)	NS****	25.5 (17)	9.5 (13)	0.004****
ESCALA PARA DEPRESION MONTGOMERY-ASBERG(2)	33 (13)	36.5 (19)	NS****	34.5 (8)	10 (7)	0.004****

* Amplitud de variación: diferencia entre calificaciones mayor y menor, más uno.

** Se expresa en porcentaje y número de pacientes diagnosticados con Depresión

*** Prueba Exacta de Fisher

**** U de Mann-Whitney

(1) Kruskal-Wallis: $p=0.002$

(2) Kruskal-Wallis: $p=0.01$

CUADRO No. 27

CALIFICACIONES DE ANSIEDAD ANTES Y DESPUES
DEL TRATAMIENTO EN EL GRUPO CONTROL Y
EL SUBGRUPO EXPERIMENTAL "NO CUMPLIDOR"

	ANTES			DESPUES		
	CONTROL Md (AV)*	TRATAMIENTO Md (AV)*	P	CONTROL Md (AV)*	TRATAMIENTO Md (AV)*	P
ENTREVISTA CLINICA ESTRUCTURADA DSM-III-R	100%** (n=8)	100%** (n=3)	NS***	100%** (n=8)	100%** (n=3)	NS***
ESCALA CLINICA DE ANSIEDAD	12 (7)	12 (4)	NS****	12.5 (6)	12.5 (5)	NS****

* Amplitud de variación: diferencia entre calificaciones mayor y menor, más uno.

** Se expresa en porcentaje y número de pacientes diagnosticados con Ansiedad

*** Prueba Exacta de Fisher

**** U de Mann-Whitney

CUADRO No. 25

CALIFICACIONES DE ANSIEDAD ANTES Y DESPUES
DEL TRATAMIENTO EN EL GRUPO CONTROL
Y EL SUBGRUPO EXPERIMENTAL "CUMPLIDOR"

	ANTES			DESPUES		
	CONTROL Md (AV)*	TRATAMIENTO Md (AV)*	P	CONTROL Md (AV)*	TRATAMIENTO Md (AV)*	P
ENTREVISTA CLINICA ESTRUCTURADA DSM-III-R	100%** (n=8)	100%** (n=4)	NS***	100%** (n=8)	0%** (n=4)	0.01***
ESCALA CLINICA DE ANSIEDAD(1)	12 (7)	11.5 (15)	NS***	12.5 (6)	1.5 (3)	0.004***

* Amplitud de variación: diferencia entre calificaciones mayor y menor, más uno.

** Se expresa en porcentaje y número de pacientes diagnosticados con Ansiedad

*** Prueba Exacta de Fisher

**** U de Mann-Whitney

(1) Kruskal-Wallis: $\alpha=0.01$

CUADRO No. 26

CALIFICACIONES DE DEPRESION ANTES Y DESPUES
DEL TRATAMIENTO EN EL GRUPO CONTROL Y
EL SUBGRUPO EXPERIMENTAL "NO CUMPLIDOR"

	ANTES			DESPUES		
	CONTROL Md (AV)*	TRATAMIENTO Md (AV)*	P	CONTROL Md (AV)*	TRATAMIENTO Md (AV)*	P
ENTREVISTA CLINICA ESTRUCTURADA DSM-III-R	100%** (n=8)	100%** (n=3)	NS***	100%** (n=8)	100%** (n=3)	NS***
INVENTARIO DE BECK PARA DEPRESION	19 (18)	22 (17)	NS****	25.5 (17)	27 (10)	NS****
ESCALA PARA DEPRESION MONTGOMERY-ASBERG	33 (13)	36 (5)	NS****	34.5 (8)	37 (5)	NS****

* Amplitud de variación: diferencia entre calificaciones mayor y menor, más uno.

** Se expresa en porcentaje y número de pacientes diagnosticados con Depresión

*** Prueba Exacta de Fisher

**** U de Mann-Whitney

CUADRO No. 28

CALIFICACIONES EN EL INVENTARIO PARA DEPRESION DE BECK
 ANTES Y DESPUES DEL TRATAMIENTO EN CADA SUBGRUPO
 DEL GRUPO EXPERIMENTAL

GRUPO	ANTES		DESPUES		P**
	Md	(AV)*	Md	(AV)*	
CUMPLIDOR	9.5	(18)	9.5	(13)	NS
NO CUMPLIDOR	22	(17)	27	(10)	NS

* Amplitud de variación: diferencia entre calificaciones mayor y menor, más uno.

** Prueba de Rangos de Wilcoxon.

CUADRO No. 29

CALIFICACIONES EN LA ESCALA MONTGOMERY-ASBERG
 PARA DEPRESION ANTES Y DESPUES DEL TRATAMIENTO
 EN CADA SUBGRUPO DEL GRUPO EXPERIMENTAL

SUBGRUPO	ANTES		DESPUES		p**
	Md	(AV)*	Md	(AV)*	
CUMPLIDOR	36.5	(19)	10	(7)	NS
NO CUMPLIDOR	36	(5)	37	(5)	NS

* Amplitud de variación: diferencia entre calificaciones mayor y menor, más uno.

** Prueba de Rangos de Wilcoxon.

CUADRO No. 30

CALIFICACIONES EN LA ESCALA CLINICA DE ANSIEDAD
 ANTES Y DESPUES DEL TRATAMIENTO
 EN CADA SUBGRUPO DEL GRUPO EXPERIMENTAL

SUBGRUPO	ANTES		DESPUES		p**
	Md	(AV)*	Md	(AV)*	
CUMPLIDOR	11.5	(15)	1.5	(3)	NS
NO CUMPLIDOR	12	(4)	12.5	(5)	NS

* Amplitud de variación: diferencia entre calificaciones mayor y menor, más uno.

** Prueba de Rangos de Wilcoxon.

IX. DISCUSSION

1. CONFIABILIDAD DEL INDICE DE GRAVEDAD DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA IRC-IG.

Se ha considerado que valores de Kappa entre 0.21 y 0.40 expresan una cantidad de acuerdo regular entre evaluaciones o entre evaluadores, y que valores entre 0.41 y 0.60 expresan un buen acuerdo (94). Los valores de Kappa obtenidos en el análisis de la confiabilidad del IRC-IG se ubican en estos dos rangos. La concordancia entre evaluadores se halló en 0.34 y en 0.53 la concordancia entre las evaluaciones de un mismo evaluador.

Se ha reconocido que en la literatura, generalmente se reportan estudios de confiabilidad cuyos resultados se encuentran en el rango de 0.80 a 0.90, es decir entre acuerdo excelente y casi perfecto; y rara vez se encuentran reportes con valores mayores de 0.95 o menores de 0.70 (95). Sin embargo, los valores de Kappa obtenidos en estudios de evaluación clínica de pacientes en diálisis, coinciden con los obtenidos en la presente investigación (96).

2. VALIDEZ DE DIAGNOSTICO DEL INVENTARIO DE BECK PARA DEPRESION.

La determinación de la validez de diagnóstico del inventario autoaplicable de Beck para depresión, es conveniente dada la elevada frecuencia de este trastorno en pacientes con insuficiencia renal crónica bajo tratamiento dialítico (35-39); así como la escasa frecuencia con que se reconoce y se trata (16-17). Esto último ha sido evidente en nuestro estudio, ya que de 51 pacientes que acudieron a entrevista psiquiátrica, 63% tuvieron diagnóstico positivo de depresión, de los cuales solo uno se encontraba en tratamiento psicofarmacológico.

Los valores de sensibilidad y especificidad mostrados por el inventario de Beck al fijar en 13 el nivel de corte óptimo, para el diagnóstico de la depresión en pacientes bajo diálisis peritoneal ambulatoria en el presente estudio, son similares a los

reportados por otras investigaciones en pacientes de nuestro medio. Por ejemplo, Torres y colaboradores encuentran una sensibilidad y especificidad de 0.86 al utilizar 14 como nivel de corte, en un estudio realizado en pacientes de un hospital de cardiología (31); mientras Redmond halla una sensibilidad de 0.81 y especificidad de 0.78 al fijar en 12 dicho nivel (32).

La capacidad del inventario para discriminar entre pacientes en diálisis peritoneal ambulatoria deprimidos y no deprimidos, se hizo evidente al demostrarse una diferencia estadísticamente significativa entre las calificaciones obtenidas por ambos grupos ($p=0.007$). Aunque no fué posible comparar las calificaciones de pacientes solo con depresión y pacientes solo con ansiedad, pues se encontraron tres de los primeros y solo dos de los segundos.

3. ENCUESTA A PACIENTES EN DIALISIS PERITONEAL AMBULATORIA

En otros estudios, las variables investigadas en los pacientes de nuestro hospital, se han encontrado relacionadas con aspectos tan importantes como la sobrevida (43-44, 97), la calidad de vida (98-99), la morbilidad (100-101), la capacidad funcional (102), el desempeño cognitivo (51) y la idoneidad del tratamiento dialítico (103). Tales aspectos se relacionan directa e indirectamente con la presencia de depresión y ansiedad en estos pacientes.

La mayor parte de los pacientes adscritos al programa de diálisis peritoneal ambulatoria que se investigaron, fueron del sexo masculino y de menos de 50 años. Se ha reportado que los hombres en diálisis tienen una sobrevida significativamente mayor que las mujeres (104); aunque en evaluaciones de capacidad funcional obtienen calificaciones menores que ellas y alcanzan calificaciones mayores de ansiedad y depresión (99). En pacientes mayores de 40 años, la sobrevida a los 15 años se ha encontrado limitada (43), de menor calidad (98) y con calificaciones elevadas de incapacidad funcional (99).

La escolaridad promedio de los pacientes correspondió a la terminación de la instrucción básica, mientras los ingresos -- mensuales por familia/paciente fueron tres o cuatro veces mayores que el salario mínimo vigente ese año en esa zona económica del país. Contra lo que pudiera esperarse, Reiss y colaboradores han encontrado que existe una correlación inversa entre variables como la escolaridad y los ingresos familiares, con la sobrevivencia de los pacientes a tres años (97). Harris y colaboradores, reportan también una correlación inversa entre estas mismas variables y calificaciones de incapacidad funcional de los pacientes (102).

El tiempo promedio de estar en tratamiento dialítico fue de poco más de año y medio; y poco más de un año de haber iniciado con la modalidad peritoneal de la diálisis. Se ha reportado -- que entre el primero y el tercer año de permanencia en tratamiento dialítico, los pacientes reportan los mayores índices de incapacidad y desadaptación a la enfermedad, mejorando a partir del cuarto año (35). Aunque, en otro estudio, no se halló tal relación entre antigüedad en el tratamiento y desadaptación de los pacientes o su calidad de vida (99).

El número de hijos por paciente fué mayor que el promedio registrado para el país e igual el número de miembros por familia (105). Ambas variables, se han relacionado con el nivel de estructuración y estabilidad de las familias; características que incrementan su capacidad para tolerar la existencia de un miembro crónicamente enfermo, pero también, paradójicamente, para excluirlo del núcleo (97).

Todavía se discute sobre cuales son los mejores indicadores de la idoneidad del tratamiento dialítico (103, 106). En nuestro medio, las determinaciones séricas de creatinina, urea, nitrógeno ureico y albúmina, así como la depuración de creatinina, continúan siendo los indicadores más utilizados en la práctica clínica para monitorear el estado de los pacientes en este tipo de tratamiento. Las cifras promedio de urea de los pacientes de la encuesta son mayores a las reportadas en otros estudios de pacientes en diálisis peritoneal, mientras que las de creatinina y albúmina son menores (51, 101). No se conocen reportes sobre la posible re

lación entre estos valores bioquímicos y la presencia de depresión o ansiedad en los pacientes. Se ha investigado la relación de algunos de ellos con el funcionamiento cognitivo, encontrando, contra lo esperado, que los pacientes con cifras elevadas de creatinina, CO_2 y calcio sérico, obtienen los mejores resultados en evaluaciones de estas áreas (51). Por otro lado, se ha encontrado que niveles de albúmina sérica menores de 3.5 g/dl en los pacientes, incrementan significativamente el riesgo de peritonitis y de hospitalización (101).

El 39% de los pacientes no tenían actividad laboral de ningún tipo y casi el 20% realizaban algún trabajo informal e incompleto como ayudar irregularmente en algún taller o en sus empleos anteriores. En pacientes con insuficiencia renal crónica, se ha reportado que la capacidad aeróbica (VO_2 max) disminuye hasta un 44% en relación a controles normales de la misma edad (107). En pacientes en hemodiálisis, esta disminución de la capacidad aeróbica, ha correlacionado positivamente con la presencia de depresión (108). A este respecto, se ha hipotetizado que una disminución en la tasa de reforzamientos positivos del individuo pueden conducirle a la depresión. Tal disminución puede ocurrir si el individuo disminuye el repertorio conductual necesario para evocar dichos reforzamientos en su medio ambiente. Esto es particularmente importante en el área de la conducta social, donde un individuo carente de habilidades sociales o a quien falta energía para realizar tales conductas falla para obtener el reforzamiento social normalmente derivado de estas actividades (108).

Se ha demostrado la importancia del apoyo familiar para evitar que los pacientes con diversas enfermedades físicas desarrollen trastornos depresivos (109). También se ha reconocido que el éxito del tratamiento dialítico ambulatorio dependen en gran medida, de la motivación y disposición de los miembros de la familia, particularmente de el o la esposa (37). Esta disposición y motivación del núcleo familiar para hacerse cargo del cuidado de un miembro enfermo guarda relación con la importancia del rol que dicho miembro tiene dentro de la estructura general de la familia (110). En el caso de los pacientes encuestados, casi tres cuartas

partes estaban casados y conservaban una relación de pareja estable; la mayoría tenían el rol de padre o madre y solo una quinta parte del total eran hijos. Solo una paciente no pertenecía a una familia nuclear, pues vivía en casa de un hermano.

Con respecto a la posibilidad de recibir trasplante, solo seis pacientes (8%) habían completado exitosamente el protocolo correspondiente y estaban a la espera de donador o de programación quirúrgica. Se ha descrito que la calidad de vida y el estado emocional son mejores en pacientes trasplantados exitosamente que en aquellos solo tratados con diálisis (98,111). Por esto, la inaccesibilidad al trasplante podría estar relacionada con un mayor riesgo de depresión e inclusive de mayor gravedad de la misma.

El registro de las complicaciones de la diálisis no se continuó sistemáticamente durante el tiempo de la encuesta y tampoco se diferenciaron casos iniciales y recaídas. Por tanto, no fue posible contruir indicadores de incidencia ni prevalencia que permitieran una mejor perspectiva de esta problemática en los pacientes.

La presencia de diabetes mellitus en los pacientes en diálisis se ha asociado a mayor riesgo de hospitalización (100-101), a mayor incapacidad funcional y menor calidad de vida (98, 102), a menor sobrevida a tres y cinco años (100) y a calificaciones elevadas de gravedad física de la insuficiencia renal crónica (55); aspectos todos, que a su vez incrementan el riesgo de depresión y ansiedad. También la Hipertensión Arterial Sistémica se ha relacionado con una menor sobrevida de los pacientes y mayor riesgo cardiovascular (100. Ambas entidades explicaron el 64% de las causas de la insuficiencia renal crónica entre los pacientes de nuestra encuesta.

4. EVALUACIONES DE DEPRESION ENTRE LOS GRUPOS DE ESTUDIO.

A diferencia de la Entrevista Clínica Estructurada, don-

de la disminución en el número de pacientes con depresión después del tratamiento fue evidente, los resultados obtenidos por ambos grupos en el inventario para depresión de Beck parecen señalar en otra dirección. Esto se debió a que, contra lo esperado, las calificaciones de los dos grupos en este instrumento aumentaron después de la maniobra psicoterapéutica, aunque dicho incremento fue significativo solo para el grupo control, lo que en tal caso significaría que el tratamiento tuvo un efecto de "atenuación" sobre la progresión del padecimiento y no de mejoría como inicialmente se propuso. En el caso de la escala Montgomery-Asberg, el grupo control obtuvo calificaciones prácticamente iguales antes y después del tratamiento, mientras las del grupo experimental disminuyeron notablemente.

El desacuerdo entre autoevaluaciones de depresión realizadas por los propios pacientes y evaluaciones hechas por el clínico utilizando alguno de los instrumentos diseñados para tal fin, se ha señalado anteriormente en la literatura (112-114). En algunos estudios se ha propuesto que tal desacuerdo es debido a que los autorreportes proporcionan información sobre sentimientos internos de los pacientes, mientras que las evaluaciones realizadas por el clínico informan más adecuadamente sobre patrones conductuales y de interacción, así como estilos de personalidad de los individuos evaluados (113-114). También se han aducido factores relacionados con la interacción médico-paciente, en particular el estilo cognitivo de este último y sus formas de expresión de la hostilidad. El acuerdo reportado entre ambos tipos de evaluación va de 0.17 a 0.80 (113-114). Aunque, también se han conceptualizado como formas complementarias de abordar un fenómeno de naturaleza multidimensional como es la depresión (114-115).

Lambert y colaboradores, consideran que el inventario de Beck enfatiza la evaluación de la experiencia subjetiva de la depresión y solo un 29% de su contenido evalúa manifestaciones somáticas de la misma, mientras que el 80% del contenido de la escala de Hamilton para evaluar esta entidad, está enfocada principalmente sobre sus manifestaciones somáticas (116). La escala Montgomery-Asberg utilizada por nosotros, ha mostrado ser muy similar a dicha escala de Hamilton, aunque con mayor sensibilidad para reflejar el cambio en la depresión de pacientes que reciben trata-

miento (87).

Este mismo autor ha analizado la capacidad del inventario de Beck y la escala de Hamilton para medir el tamaño del efecto de los tratamientos utilizados contra la depresión, encontrando que, de ambos instrumentos, el primero tiene menor sensibilidad para reflejar la magnitud del cambio ocurrido en los pacientes (116). Lo cual podría explicar el hecho de haber hallado mejora en los pacientes de nuestro estudio, al evaluarlos con la Entrevista Clínica Estructurada y la escala Montgomery-Asberg, pero no detectarla en la autoevaluación realizada por ellos mismos utilizando el inventario de Beck.

Se sabe también que las manifestaciones somáticas de la depresión suelen ser el área que primero mejora en los pacientes que responden positivamente a distintos tipos de tratamiento, seguida de las áreas afectiva y cognitiva (109). Debido a esto y a que el inventario de Beck evalúa principalmente estas dos áreas del espectro depresivo, podría esperarse que el cambio en los pacientes se detectara con este instrumento, tiempo después de la terminación del tratamiento. Sin embargo, no fue posible comprobarlo, debido a que la última autoevaluación se llevó a cabo una semana después de terminado el tratamiento, sin que se realizaran evaluaciones posteriores.

En el caso de la escala Montgomery-Asberg, la disminución en las calificaciones del grupo experimental fue de más del 70%; sin embargo, a pesar de la relevancia clínica de dicho cambio, no obtuvo significancia estadística. Ello se debió principalmente, a lo reducido del tamaño de nuestra muestra de pacientes.

El análisis del subgrupo cumplidor mostró más que un efecto de "atenuación" del tratamiento sobre la progresión de la depresión, un franco efecto de estabilización sobre la misma, en la autoevaluación de este subgrupo con el inventario de Beck. Sin embargo, como se menciona anteriormente, esto pareció ser un artefacto debido a la baja capacidad del instrumento para reflejar el cambio ocurrido en los pacientes en lo que pudiera denominarse co

mo primera etapa de la mejoría de la depresión, constituida por la sintomatología somática de la misma. En la escala Montgomery-Asberg, el análisis de la mejoría observada por este subgrupo fué estadísticamente significativa.

La posibilidad de resultados adversos se ha descrito tanto para el tratamiento psiquiátrico (118), como el estrictamente psicoterapéutico (119); si bien, no se cuenta con estudios bien diseñados para la investigación empírica en esta área. Grunebaun, en una encuesta descriptiva realizada entre psicoterapeutas que refirieron su experiencia como pacientes, encontró que el motivo más frecuente por el que los entrevistados calificaron de adversa su experiencia de tratamiento, fué un incremento en el malestar inicial, la depresión y/o la ansiedad (119). En nuestro estudio, el análisis de las calificaciones de depresión del subgrupo "no - cumplidor", antes y después de la psicoterapia, no reveló la existencia de un incremento en las mismas que pudiera atribuirse al tratamiento.

5. EVALUACIONES DE ANSIEDAD ENTRE LOS GRUPOS DE ESTUDIO.

A diferencia de lo ocurrido con la depresión, el cambio en la ansiedad entre los pacientes del grupo experimental después del tratamiento, coincidió en los resultados de los dos instrumentos de evaluación utilizados. La comparación estadística de los resultados de ambos grupos, obtenidos en la Escala Clínica de Ansiedad después del tratamiento, mostró diferencia significativa a favor del grupo experimental, misma que se corroboró en el análisis al interior de cada grupo, donde el cambio se evidenció solo para el grupo experimental. Sin embargo, el análisis de varianza entre los cuatro grupos no mostró tal diferencia, lo que pareció ser también, un efecto del tamaño reducido de la muestra.

En el análisis por subgrupos, el cambio a favor del subgrupo "cumplidor" fue evidente; sin que tampoco se detectara un incremento en las calificaciones de ansiedad del subgrupo "no cum

plidor", atribuible a la maniobra psicoterapeutica.

6. NO CUMPLIMIENTO Y PERDIDAS DE PACIENTES AL TRATAMIENTO.

Si bien los pacientes del subgrupo "no cumplidor" acudieron a dos tercios de las sesiones de tratamiento y solo uno de ellos abandonó el grupo en forma definitiva. La duración limitada de la intervención y su nivel elevado de planificación, así como la falta de efecto del tratamiento en la depresión y la ansiedad de estos pacientes, mostrada por el análisis de los resultados de sus evaluaciones, justificaría tratarlos como pérdidas mas que como "no cumplidores".

Se han reportado cifras promedio de pérdidas en psicoterapia breve de alrededor del 60%, que se han visto reducidas hasta el 30% cuando la terminación del tratamiento se explicita en el contrato inicial con el paciente (93). Por esto, tal vez no se consideraría un inconveniente de la presente investigación el haber registrado un 42% de pérdidas. Sin embargo, es un porcentaje elevado, si se toma en cuenta lo reducido de nuestra muestra.

Por otro lado, se ha considerado que la homogeneidad entre los integrantes de un grupo terapéutico, promueve la pronta cohesividad de los mismos y favorece los resultados del tratamiento (60,66,77-78). Tal homogeneidad puede darse en el diagnóstico, en características propias del paciente como edad, sexo, estado civil, etc, o del momento vital en que se encuentre como embarazo, divorcio, duelo, etc (77-78,121). Este elemento es una regla respaldada en los estudios conocidos de psicoterapia de grupo en pacientes con diversos tipos de enfermedad física (63-67), con insuficiencia renal crónica en diálisis (68-71) y postransplantados renales (72). Aunque también se conocen excepciones a la misma, como el estudio de Stuber y colaboradores, quienes reunieron en un grupo psicoterapéutico pacientes con diversos diagnósticos médicos como diabetes, epilepsia, colitis ulcerativa, enfermedad de Meniere, osteogénesis imperfecta, secuelas de polio y enferme-

dad vascular cerebral; diferentes además, en edad, sexo, raza y rasgos de personalidad (62).

En el caso de los pacientes con insuficiencia renal crónica bajo tratamiento dialítico que participan en un grupo psicoterapéutico, donde la homogeneidad se da en el diagnóstico médico y el tipo de tratamiento que reciben, ocurren dos fenómenos muy importantes de considerar. Primero, la amenaza de muerte se convierte en una realidad que cada quien constata en la gravedad física de los otros y eventualmente en su fallecimiento. Esto incrementa considerablemente la escisión de su aparato yoico, intensificando el uso de la negación omnipotente y la proyección como mecanismos de defensa. Lo cual puede ejemplificarse con la siguiente frase: "son ellos los que están muy enfermos y en verdadero peligro, yo...no". Origina también, respuestas fóbicas al grupo que limitan la asistencia y participación en el mismo, con la consiguiente dificultad para la cohesividad entre sus integrantes.

Segundo, aparece constantemente la fantasía del "órgano muerto" que ya hemos mencionado antes. Los pacientes insisten en obtener información de los terapeutas sobre qué es un riñón, sobre su funcionamiento, sobre cómo se daña. Encuentran difícil conciliar la información médica que se les proporciona con la gravedad de sus síntomas y su progresivo deterioro físico. Se preguntan, cómo es posible que algo les cause tanto daño, sin causarles dolor físico. La zozobra es una constante en sus intentos de explicarse la enfermedad. Finalmente, concluyen, si el riñón no duele y no se siente, es porque está muerto.

Esta fantasía, de llevar dentro del cuerpo un órgano muerto, origina un monto considerable de angustia en los integrantes del grupo, pues equivale a sentirse portador del germen de la muerte. En ocasiones, dependiendo del nivel de estructuración psicológica del paciente, lo muerto no se vivencia en el cuerpo, sino en el sí mismo del individuo, como algo silencioso que daña al resto de la personalidad; lo cual origina una respuesta depresiva importante. En ocasiones, ambas formas de dicha fantasía pueden aparecer combinadas o sucesivamente. En cualquier caso, la angus-

tia, la depresión y el terror de los pacientes imponen serias limitaciones a la asistencia y al compromiso con el trabajo del grupo.

Ante ambos fenómenos, la participación de los terapeutas es muy importante para interpretar su significado y mitigar los sentimientos que se generan en los pacientes. Sin embargo, su sola ocurrencia impone a los integrantes del grupo un exceso de capacidad adaptativa difícil de lograr. Por esta razón, consideramos que el manejo psicoterapéutico de los pacientes en diálisis peritoneal ambulatoria, debe realizarse en condiciones donde la angustia de muerte que aparece con tales fenómenos se pueda contener con mayor efectividad. Esto, tal vez se pueda lograr en grupos heterogéneos de pacientes con diversos tipos de enfermedad orgánica y de tratamiento médico.

7. LA COTERAPIA EN EL TRATAMIENTO.

Otro elemento de nuestro estudio, importante para el logro de buenos resultados, fue la participación de dos terapeutas en la aplicación de la maniobra. Si bien las ventajas del trabajo en coterapia se han descrito con amplitud (121-122), en nuestro caso particular, la participación conjunta de una mujer y un hombre coterapeutas, permitió contener con efectividad la intensa excitación que experimentaban los pacientes ante la angustia de muerte surgida con los dos fenómenos ya descritos. Por esta razón, -- consideramos que el buen logro de la psicoterapia dinámica breve de grupo para estos pacientes, requiere la participación de más de un terapeuta, preferentemente una pareja de ambos sexos.

X. CONCLUSIONES

El Índice de Gravedad de Insuficiencia Renal Crónica --- IRC-IG, posee un acuerdo regular entre diferentes observadores y - un buen acuerdo intra-observador, en la evaluación de la gravedad física de pacientes con insuficiencia renal crónica bajo diálisis-peritoneal.

Con estos mismos pacientes, el inventario para depresión de Beck es un instrumento válido como prueba diagnóstica de depresión. Alcanza su mejor equilibrio entre sensibilidad y especificidad al fijar en 14 el nivel óptimo de corte; por arriba del cual - puede establecerse el diagnóstico de dicha entidad.

La depresión y la ansiedad son trastornos psiquiátricos de aparición frecuente en los pacientes bajo tratamiento con diálisis peritoneal; en la presente investigación ambas entidades se -- presentaron conjuntamente en más de la mitad de los pacientes que se estudiaron. La depresión o la ansiedad en forma aislada se presentaron escasamente.

La psicoterapia dinámica de grupo, con objetivos y duración limitada, tal como se utilizó en el presente estudio, es una forma de tratamiento útil para mejorar la depresión y la ansiedad presentes en los pacientes con insuficiencia renal crónica bajo - tratamiento con diálisis peritoneal ambulatoria.

XI. ANEXOS

ANEXO 1.

"ENTREVISTA CLINICA ESTRUCTURADA DSM-III-R. V.1985"

Instrumento utilizado para el diagnóstico clínico de -- distintos padecimientos mentales. Consta de los siguientes apartados: a) instrumento de aplicación, b) hoja de resumen de puntajes por grupos diagnósticos, c) seguimiento de la introducción -- en la entrevista con el paciente y d) guías diagnósticas con criterios específicos para cada padecimiento que abarca y en los que es considerada estandar de referencia.

Para el diagnóstico de depresión en pacientes psiquiá-- tricos hospitalizados, ha mostrado sensibilidad = 0.93, especificidad = 0.87 y confiabilidad (Kappa) = 0.81 ($p < 0.001$). En el -- diagnóstico de la ansiedad en estos mismos pacientes, ha reportado sensibilidad = 0.50, especificidad = 0.92 y confiabilidad -- (Kappa) = 0.45 ($p < 0.001$) (123).

Ultima Revisión: 7/1/85.

SCID - OP***ENTREVISTA CLINICA ESTRUCTURADA PARA DSM-III-R**
VERSION PARA EL PACIENTE**

Robert L. Spitzer, M.D. y Janet B.W. Williams, D.S.W.

ESTUDIO: _____ ESTUDIO No. _____ xx

SUJETO: _____ I.D. No. _____ xx
xx

EVALUADOR: _____ EVALUADOR No. _____ xx
xx

EL EVALUADOR ES: _____ xx

Entrevistador 1
Observador 2

FECHA DE LA ENTREVISTA: xx
xx

Mes _____ Día _____ Año _____

Fuentes de información (indicar todo lo que corresponda):

___ Sujeto xx

___ Familiares/amigos/asociados. xx

___ Profesional de la salud/historia clínica/nota de envío. xx

* SCID-OP Entrevista Clinica Estructurada para DSM-III-Paciente Externo.

** DSM-III-R: Diagnostic Statistical Manual (Mental Disorders).

La SCID se esta preparando en colaboración con Miriam Gibbon M.S. W.

Ver en el Manual de Instrucciones otros participantes.

La preparación de SCID ha tenido el apoyo en parte de NIMH contract. No. 278-83-0007 (DB) y NIMH Grant No. 1 R01 M140511-01.

(Copia mecanografiada de la portada de la versión facsimilar utilizada en la presente investigación)

ANEXO II.

"INVENTARIO DE BECK PARA DEPRESION"

Instrumento autoaplicable por el paciente, propuesto -- por Beck en 1961, para realizar diagnóstico de depresión (86). En pacientes en hemodiálisis y diálisis peritoneal, ha mostrado una sensibilidad = 0.92 y especificidad = 0.80; el valor predictivo positivo = 0.39 y el negativo = 0.99, al fijar en 15 su nivel óptimo de corte (39).

En pacientes hospitalizados con diferentes padecimientos cardiovasculares, fijando en 14 dicho nivel de corte, ha mostrado sensibilidad de 0.86 y especificidad de 0.86. Su confiabilidad entre dos aplicaciones, fué $r=0.89$ y $r_s=0.88$; el coeficiente de correlación intraclase corregido fué de 0.77, todas estas pruebas con una $p<0.001$ (31).

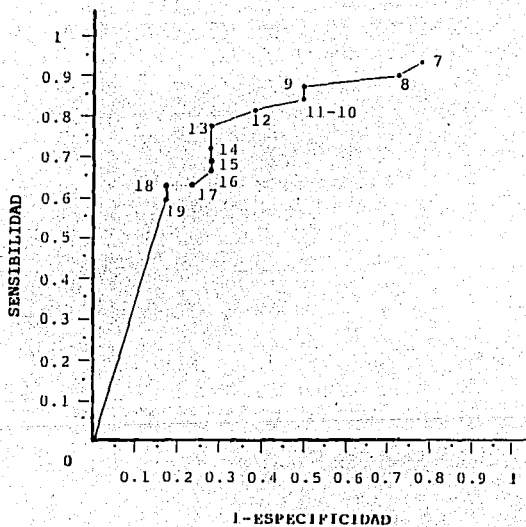
En el estudio de su validez como prueba diagnóstica de depresión, realizado como parte inicial de la presente investigación, mostró sensibilidad = 0.78 y especificidad = 0.72, al fijar en 13 el nivel de corte óptimo. Su capacidad para discriminar entre pacientes deprimidos y no deprimidos, fué satisfactoria - (U de Mann-Whitney: $Z=3.86$; $p<0.007$).

**SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD
DEL INVENTARIO PARA DEPRESION DE BECK
COMO PRUEBA DIAGNOSTICA DE DEPRESION
EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA**

NIVEL DE CORTE	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD
7	0.93	0.22
8	0.90	0.27
9	0.87	0.50
10	0.84	0.50
11	0.84	0.50
12	0.81	0.61
13*	0.78	0.72
14	0.72	0.72
15	0.69	0.72
16	0.66	0.72
17	0.63	0.77

* Nivel de corte considerado como óptimo

ANALISIS ROC DEL INVENTARIO PARA DEPRESION
DE BECK EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA
RENAL CRONICA



INVENTARIO DE BECK

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

- 1) No me siento triste.
 Me siento triste.
 Me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme.
 Me siento tan triste o infeliz que ya no lo soporto.
- 2) No me siento desanimado acerca del futuro.
 Me siento desanimado acerca del futuro.
 Siento que no tengo para que pensar en el porvenir.
 Siento que no hay esperanza para el futuro y que las cosas no pueden mejorar.
- 3) No me siento como un fracasado.
 Siento que he fracasado más que otras personas.
 Conforme veo hacia atrás en mi vida todo lo que puedo ver son muchos fracasos.
 Siento que como persona soy un completo fracaso.
- 4) Obtengo tanta satisfacción de las cosas como siempre.
 No disfruto las cosas como antes.
 Ya no obtengo satisfacción de nada.
 Estoy insatisfecho y molesto con todo.
- 5) No me siento culpable.
 En algunos momentos me siento culpable.
 La mayor parte del tiempo me siento algo culpable.
 Me siento culpable todo el tiempo.
- 6) No siento que seré castigado.
 Siento que puedo ser castigado.
 Creo que seré castigado.
 Siento que estoy siendo castigado.
- 7) No me siento descontento conmigo mismo.
 Me siento descontento conmigo mismo.
 Me siento a disgusto conmigo mismo.
 Me odio a mi mismo.
- 8) No siento que sea peor que otros.
 Me critico a mi mismo por mi debilidad y mis errores.
 Me culpo todo el tiempo por mis errores.
 Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9) No tengo ninguna idea acerca de suicidarme.
 Tengo ideas de suicidarme pero no lo haría.
 Quisiera suicidarme.
 Me suicidaría si tuviera la oportunidad.

- 10) No lloro más que de costumbre.
 Lloro más que antes.
 Lloro todo el tiempo.
 Podía llorar pero ahora no puedo aunque quiera.
- 11) Ahora no estoy más irritable que antes.
 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 Me siento irritado todo el tiempo.
 No me irrito para nada con las cosas que antes me irritaban.
- 12) No he perdido el interés en la gente.
 No me interesa la gente como antes.
 He perdido la mayor parte de mi interés en la gente.
 He perdido todo el interés en la gente.
- 13) Tomo decisiones tan bien como siempre.
 Pospongo decisiones con más frecuencia que antes.
 Se me dificulta tomar decisiones.
 No puedo tomar decisiones en nada.
- 14) No siento que me vea más feo que antes.
 Me preocupa que me vea viejo y feo.
 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen que me vea feo.
 Creo que me veo horrible.
- 15) Puedo trabajar tan bien como antes.
 Tengo que hacer un esfuerzo extra para iniciar algo.
 Tengo que obligarme a hacer cualquier cosa.
 No puedo trabajar para nada.
- 16) Duermo tan bien como antes.
 No duermo tan bien como antes.
 Me despierto 1 ó 2 horas antes de lo acostumbrado y me es difícil volver a dormirme.
 Me despierto muchas horas antes de mi hora acostumbrada y no puedo volver a dormirme.
- 17) No me canso más de lo habitual.
 Me canso más fácilmente que antes.
 Me canso de hacer casi cualquier cosa.
 Me siento muy cansado de hacer cualquier cosa.
- 18) Mi apetito es igual que siempre.
 Mi apetito no es tan bueno como antes.
 Casi no tengo apetito.
 No tengo apetito en lo absoluto.
- 19) No he perdido peso o casi nada.
 He perdido más de 2.5 kilogramos.
 He perdido más de 5 kilogramos.
 He perdido más de 7.5 kilogramos.
 (Estoy a dieta: SI NO)

- 20) ___ Mi salud no me preocupa más que antes.
___ Me preocupan molestias como dolor de cabeza, malestar es
tomacal, estreñimiento.
___ Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que es di
fícil que pueda pensar en otra cosa.
___ Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que no -
puedo pensar en otra cosa.
- 21) ___ Mi interés por el sexo es igual que antes.
___ Estoy menos interesado en el sexo que antes.
___ Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo que antes.
___ He perdido completamente el interés en el sexo.

Tomado de: Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An
inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961;4:
551-571.

ANEXO 111

"ESCALA MONTGOMERY-ÅSBERG PARA DEPRESION"

Fue diseñada para reflejar con mayor sensibilidad que otros instrumentos de evaluación similares, el cambio ocurrido en los pacientes participantes en ensayos clínicos con medicamentos antidepressivos. Es utilizada por un evaluador que califica la gravedad del padecimiento, una vez que este ha sido diagnosticado. Ha correlacionado importantemente con la Escala de Hamilton para depresión ($r=0.94; p<0.001$), con la que se le considera equivalente. Entre evaluadores, ha mostrado cifras de correlación de hasta $r=0.97$ (87). Distingue cuatro niveles de gravedad: 0-6 = recuperado; 7-19 = depresión leve; 20-34 = depresión moderada y 35-60 = depresión severa (124).

ESCALA MONTGOMERY-ÅSBERG PARA DEPRESION

La evaluación se basa en una entrevista clínica, con preguntas sobre síntomas que requieren detallarse para poder evaluar su gravedad. El evaluador decide si califica sobre los grados ya definidos en la escala (0,2,4,6) ó entre ellos (1,3,5).

Es importante recordar, que solo en raras ocasiones, se encontrará un paciente deprimido que no pueda ser evaluado con la escala. Si no pueden obtenerse del paciente respuestas definitivas, se utilizan como base para la evaluación, todos los indicios relevantes, así como información de otras fuentes, de acuerdo con la práctica clínica habitual.

La escala puede utilizarse con cualquier intervalo de tiempo entre las evaluaciones, ya semanalmente o según se requiera.

I. TRISTEZA APARENTE

Representa desánimo, abatimiento y desesperación (mucho más que una disminución de ánimo ordinaria y transitoria), reflejada en el habla, en la expresión facial y la postura. Califique según la profundidad e incapacidad para animarse.

- 0 No triste.
- 1
- 2 Se le ve desanimado pero puede animarse sin dificultad.
- 3
- 4 Se le ve triste e infeliz la mayor parte del tiempo.
- 5
- 6 Se le ve miserable todo el tiempo. Extremadamente desanimado.

II. TRISTEZA REPORTADA

Representa reportes de humor deprimido, sin importar se refleje o no en la apariencia. Incluye abatimiento, desánimo o sensación de estar más allá de toda ayuda y sin esperanza.

- 0 Tristeza ocasional de acuerdo con las circunstancias.
- 1
- 2 Triste o abatido, pero se anima sin dificultad.
- 3
- 4 Intensos sentimientos de tristeza o melancolía. El humor aún está influenciado por circunstancias externas.
- 5
- 6 Tristeza, sentimientos de miseria, desánimo invariable o continuo.

III. TENSION INTERNA

Se refiere a sentimientos mal definidos de malestar, impaciencia, agitación interna, tensión mental tendiente al pánico, el miedo o angustia.

Se califica de acuerdo con la intensidad, frecuencia, duración y extensión de la confianza o reaseguramiento demandados.

- 0 Tranquilo. Solo episodios fugaces de tensión interna.
- 1
- 2 Sentimientos ocasionales de impaciencia y malestar mal definido.
- 3
- 4 Sentimientos continuos de tensión interna o pánico intermitente que el paciente logra dominar con dificultad.
- 5
- 6 Angustia o miedo inexorable. Pánico abrumador.

IV. SUEÑO REDUCIDO

Se refiere a la reducción de la duración o la profundidad del sueño, comparada con el patrón normal del propio individuo.

- 0 Sueño sin alteración.
- 1
- 2 Ligera dificultad para quedarse dormido, o sueño levemente reducido, ligero o irregular.
- 3
- 4 Sueño reducido o interrumpido en por lo menos dos horas.
- 5
- 6 Menos de dos o tres horas de sueño.

V. APETITO REDUCIDO

Se refiere al sentimiento de pérdida del apetito, en comparación con cuando el individuo está bien. Evalúe por la pérdida del deseo de comida o la necesidad de forzarse así mismo a comer.

- 0 Apetito normal o incrementado.
- 1
- 2 Apetito levemente disminuido.
- 3
- 4 Sin apetito. La comida es insípida.
- 5
- 6 Requiere persuasión para comer, todo el tiempo.

VI. DIFICULTADES DE CONCENTRACION

Se refiere a dificultades para volverse hacia los propios pensamientos, incrementándose hasta una incapacitante ausencia de concentración. Evalúe de acuerdo a la intensidad, frecuencia y grado de incapacidad producida.

- 0 Sin dificultades de concentración.
- 1

- 2 Dificultades ocasionales en volverse hacia los propios pensamientos.
- 3
- 4 Dificultades para concentrarse y mantener las ideas, lo que disminuye la capacidad para leer o sostener una conversación.
- 5
- 6 Incapacidad para leer o conversar sin gran dificultad.

VII. LASITUD

Se refiere a dificultad para levantarse o lentitud para iniciar y realizar actividades cotidianas.

- 0 Escasa dificultad para levantarse. Diferenciar de hara-gnería.
- 1
- 2 Dificultad para iniciar actividades.
- 3
- 4 Dificultad para iniciar una rutina de actividades que, comunmente el paciente lleva a cabo sin esfuerzo.
- 5
- 6 Lasitud extrema. Incapacidad para realizar alguna acti-vidad sin ayuda.

VIII. INCAPACIDAD PARA SENTIR

Se refiere a la experiencia subjetiva de interés reducido en las circunstancias o actividades que normalmente dan placer. La capacidad para reaccionar emocionalmente, de acuerdo con las circunstancias o la gente, está disminuida.

- 0 Interés normal en las circunstancias y en las otras per-sonas.
- 1
- 2 Disminución de la capacidad para gozar como de costum-bre.
- 3
- 4 Pérdida del interés en las circunstancias. Pérdida de los sentimientos por amigos y conocidos.
- 5
- 6 Experiencia de estar emocionalmente paralizado, incapa-cidad para sentir enojo, dolor o placer. Falla completa o dolorosa para condolerse de familiares y amigos cercanos.

IX. IDEAS PESIMISTAS

Se refiere a pensamientos de culpa, inferioridad, autorre-proche, pecado, remordimiento y de "estar en la ruina".

- 0 Sin ideas pesimistas.
- 1
- 2 Ideas fluctuantes de falla, autorreproche o autodespre-cio.
- 3
- 4 Autoacusaciones persistentes o definitivas, pero ideas

de culpa o pecado aún racionales. Pesimismo creciente acerca del futuro.

5

6 Ideas delirantes de ruina, remordimiento o culpa irredimible. Autoacusaciones absurdas e inquebrantables.

X. IDEAS SUICIDAS

Se refiere al sentimiento de que la vida no vale la pena, de que la muerte sería bienvenida, ideas de suicidio y preparativos para el mismo.

Los intentos suicidas por sí mismos no deben influenciar la evaluación.

0 Disfruta la vida, la toma como viene.

1

2 Cansado de la vida. Solo ideas suicidas fugaces.

3

4 "Probablemente estaría mejor muerto". Las ideas suicidas son comunes y el suicidio se considera como una solución posible; aunque sin planes ni intentos específicos.

5

6 Planes explícitos para suicidarse en cuanto haya oportunidad. Preparativos activos para el suicidio.

Tomado de: Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. Br J Psychiatry 1979;134:382-389.

ANEXO IV

"ESCALA CLINICA DE ANSIEDAD"

Instrumento derivado de la Escala de Hamilton para ansiedad, utilizado por el clínico para evaluar la gravedad de este trastorno, una vez que ha sido diagnosticado. Su correlación con otras evaluaciones de gravedad de la ansiedad ha sido importante, yendo de $r_s=0.80$ a $r_s=0.88$ (88). Al igual que la Escala - Montgomery-Asberg, distingue cuatro niveles de gravedad: 0-4= recuperado; 5-10= ansiedad leve; 11-16= ansiedad moderada y 17-24= ansiedad severa (124).

ESCALA CLINICA DE ANSIEDAD

Esta escala está diseñada para evaluar el estado de ansiedad presente en un paciente, en un momento dado; para ello debe ponerse énfasis en elegir la información que describa como se siente en ese momento. Debido a que, la entrevista por si misma puede incrementar o disminuir la intensidad de dicha ansiedad, el entrevistador debe solicitar al paciente que describa cómo se ha sentido en los últimos dos días.

I. TENSION PSIQUICA

(Debe tenerse cuidado en distinguir tensión psíquica de tensión muscular, esta última se evalúa en el siguiente apartado).

CALIFICACION:

4. Sensación marcada y molesta de "estar impaciente", "acalorado", "excitado" o "nervioso", que persiste con poco cambio conforme pasan las horas.
3. Como lo anterior, pero con fluctuaciones en el transcurso del día.
2. Sensación definida de estar tenso, suficiente para causar malestar, aunque no severo.
1. Sensación leve de estar tenso, mas alla del grado normal de tensión experimentado en una situación de stress, aceptado como normal en toda la población.
0. Ninguna sensación de tensión, además del grado normal de tensión experimentado en respuesta a una situación de stress y que se acepta como normal en la población.

II. CAPACIDAD PARA RELAJARSE

CALIFICACION:

4. Sensación de tensión severa en todos los músculos del cuerpo, pudiendo acompañarse de dolor, rigidez, espasmos y falta de control sobre los movimientos. Tal sensación, está presente durante todo el día y no se tiene capacidad para relajarse a voluntad.
3. Como lo anterior, pero la tensión muscular puede experimentarse solo en ciertos grupos de músculos y puede fluctuar en intensidad a lo largo del día.
2. Sensación definida de tensión muscular en algún grupo muscular, suficiente para causar malestar, aunque no severo.
1. Tensión muscular no subjetiva, de grado tal, que puede fácilmente controlarse a voluntad.
0. Tensión muscular no subjetiva, de grado tal que si ocurre, puede fácilmente controlarse a voluntad.

III. RESPUESTA DE ALARMA (Hiperexcitabilidad)

CALIFICACION:

4. El ruido inesperado causa tal malestar, que el paciente -- puede expresar cosas tales como: "casi salí de mi piel". El malestar se experimenta en forma psíquica y somática tal, que además de la sensación de espanto, hay síntomas de actividad autonómica, tales como, sudoración o palpitaciones.
3. El ruido inesperado causa malestar severo en forma psíquica o somática, pero no en ambas.
2. El ruido inesperado causa malestar definido, pero no severo.
1. El paciente acepta estar ligeramente "nervioso", pero sin preocupación por ello.
0. El grado de la respuesta de alarma está totalmente de acuerdo al normal en la población.

IV. PREOCUPACION

(La evaluación debe tomar en cuenta el grado en que la preocupación es desproporcionada, con respecto al stress del momento)

CALIFICACION:

4. El paciente está continuamente preocupado, con pensamientos dolorosos que no puede detener voluntariamente. El malestar es totalmente desproporcionado, con respecto al tema de dichos pensamientos.
3. Como lo anterior, pero con fluctuaciones en la intensidad conforme pasan las horas. Los pensamientos molestos pueden cesar por una o dos horas, en especial, si el paciente dirige su atención en alguna actividad.
2. Pensamientos dolorosos, desproporcionados con la situación del paciente, que se introducen en la conciencia, pero que él puede mitigar o rechazar.
1. El paciente está de acuerdo en que se preocupa más de lo necesario sobre muchas cosas, pero esto no le causa mucho malestar.
0. La tendencia a preocuparse está de acuerdo a la normal en la población. Esto es, una preocupación marcada por una crisis financiera severa o una enfermedad inesperada en un familiar, debe calificarse como "0", si se juzga completamente de acuerdo con el grado del stress.

V. APREHENSION**CALIFICACION:**

4. Sensación de estar al borde de un desastre inexplicable. - Tal sensación no requiere ser continua, pudiendo ocurrir en episodios cortos, varias veces al día.
3. Como lo anterior, pero la sensación no ocurre más de una vez al día.
2. Sensación sin fundamento de aprehensión sobre un desastre, que no causa malestar severo, pero sí definido. El paciente puede no utilizar términos tales como: "desastre" o "catástrofe", pero puede expresar su sensación en alguna frase como: "siento que algo malo va a ocurrir".
1. Aprehensividad de grado leve, de la que el paciente está conciente y no le causa malestar.
0. Sin sensación infundada de anticipación de algún desastre.

VI. FALTA DE DESCANSO**CALIFICACION:**

4. El paciente es incapaz de permanecer quieto por más de unos cuantos minutos y combate su falta de descanso paseando o con cualquier otra actividad propositiva.
3. Como lo anterior, pero es capaz de permanecer quieto hasta por una hora en una ocasión.
2. Sensación de "necesitar moverse", que causa algo de malestar, pero no severo.
1. Sensación leve de falta de descanso que no causa malestar.
0. Ausencia de falta de descanso.

EL SIGUIENTE APARTADO, PUEDE CALIFICARSE SI SE REQUIERE, PERO NO SE AGREGA A LA CALIFICACION TOTAL DE LA ESCALA.

*** CRISIS DE PANICO****CALIFICACION:**

4. Episodios, que ocurren varias veces al día, de sensación súbita de terror infundado, acompañados de síntomas autonómicos marcados y sensaciones de colapso inminente o pérdida del control sobre la razón y la auto-integridad.
3. Como lo anterior, pero los episodios no ocurren más de una vez al día.
2. Los episodios pueden ocurrir una o dos veces a la semana, generalmente son menos severos que los descritos más arriba.

ba, pero causan malestar.

1. Incrementos episódicos leves en el nivel de ansiedad, precipitados por eventos o actividades definidas. Por ejemplo, la sensación de un paciente agorafóbico en recuperación, - de aumento de su ansiedad al dejar su casa.
0. Sin episodios súbitos de incremento en el nivel de ansiedad.

**Tomado de: SNAITH PR, BAUG SJ, CLAYDEN AD, HUSAIN A, SIPPLE MA.
The Clinical Anxiety Scale: an instrument derived from the ----
Hamilton Anxiety Scale. Br J Psychiatry 1982;141:518-523.**

ANEXO V

"EXAMEN COGNOSCITIVO BREVE"

Instrumento diseñado para evaluar el estado cognitivo de los pacientes. Consta de una parte de exploración verbal por interrogatorio y otra de exploración visuo-espacial, donde se solicita reproducir a lápiz una figura geométrica sencilla. Para detectar alteración cognitiva en pacientes médico-quirúrgicos referidos a consulta psiquiátrica, ha mostrado sensibilidad de 0.52, con especificidad de 0.76 y confiabilidad interevaluador de $r=0.88$ ($p<0.001$) (124). Su estabilidad entre dos evaluaciones realizadas con intervalo de 28 días, se reporta en $r=0.98$ ($p<0.001$) (56).

En pacientes psiquiátricos mexicanos hospitalizados, se reporta una sensibilidad de 0.88 y especificidad de 0.89 al fijar en 18 el nivel óptimo de corte. Por abajo de esta puntuación se establece diagnóstico de alteración cognitiva (57).

EXAMEN COGNOSCITIVO BREVE**CALIFICACION:**

Máxima. (Obtenida).

ORIENTACION

- 5 () ¿En qué (año), (estación), (fecha), (día), (mes) es tamos?
- 5 () ¿En qué (estado), (país), (ciudad), (hospital), -- (piso) estamos?

REGISTRO

- 3 () Nombre tres objetos, tomando un segundo para cada uno. Pregúntelos al paciente luego que Usted los - ha dicho. Dé un punto a cada respuesta correcta. Repita la operación hasta que el paciente aprenda los tres. Cuente los ensayos y registrelos.
Ensayos: _____

ATENCION Y CALCULO

- 5 () Seriar sietes. Dar un punto por cada cifra correcta. Detenerse luego de cinco cifras. Como alternativa puede deletrear la palabra MUNDO hacia atras.

RECUERDO

- 3 () Pregunte los tres objetos repetidos anteriormente. Dé un punto par cada respuesta correcta.

LENGUAJE

- 9 () Diga: "lápiz" y "reloj". (Dos puntos).
Repita lo siguiente: NO, SI, IS, PERO (Un punto).

Siga la siguiente orden de tres etapas:

"Tome un papel en su mano derecha, dóblelo a la mi tad, pongalo en el piso". (Tres puntos)

Lea y realice lo siguiente:

"Cierre los ojos". (Un punto).

"Escriba una oración". (Un punto).

"Copie este dibujo" (Un punto).

CALIFICACION TOTAL: _____

EVALUE EL NIVEL DE CONCIENCIA: _____

(Alerta, Somnolencia, Estupor, Coma).

Tomado de: Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. MINI-MENTAL-STATE. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatry Res 1975;12:189-198.

ANEXO VI

**"INDICE DE GRAVEDAD DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA"
(IRC-IG)**

Instrumento para evaluar la gravedad de la enfermedad, en pacientes con insuficiencia renal crónica. Facilmente utilizable por el clínico encargado del tratamiento. Se le reporta confiabilidad interevaluador de $r=0.92$ ($p<0.001$) y correlación test-retest = 0.92 ($p<0.001$). Su sensibilidad para detectar una condición clínica de muerte inminente se reporta como $r=0.37$ ($p<0.01$). Distingue cuatro niveles de gravedad: 1-3 = leve; 4-6 = moderada; 7-8 = severa y 9-10 = muerte inminente (55).

En el estudio de su confiabilidad realizado como parte inicial de la presente investigación, ha mostrado acuerdo interevaluador regular (Kw) = 0.34 ($p<0.001$) y buen acuerdo intraevaluador (Kw) = 0.53 ($p<0.001$). Su correlación entre evaluaciones consecutivas con intervalos de siete días, ha sido $r_s = 0.95$ ($p<0.001$).

INDICE DE GRAVEDAD DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

INSTRUCCIONES:

Por favor, califique la gravedad de la enfermedad orgánica que Usted encuentre presente en este paciente. Puede guiarse por los ejemplos, asignando una calificación individual a cada una de las siguientes categorías de enfermedad, colocando una X en el lugar que elija de cada escala. Coloque la marca en la columna NO, si la enfermedad está ausente. Califique basándose en la naturaleza subyacente de la enfermedad orgánica, sin tomar en cuenta las reacciones subjetivas del paciente a esa enfermedad.

ENFERMEDAD:

CALIFICACION DE GRAVEDAD:

	NO	LEVE	MODERADA	SEVERA
CARDIOVASCULAR		Ej. Angina de esf. ocasional.	Ej. Angina con o sin ICC.	Ej. Angina o ICC con mínimo es
CEREBROVASCULAR		Ej. Evidencia de episodios isquémicos transitorios o amaurosis fugaz.	Ej. Episodios isquémicos transitorios recurrentes.	Ej. Ataque con secuelas.
VASCULAR PERIF.		Ej. Dolor ocasional al ejercicio.	Ej. Dolor con actividad leve: caminar media cuadra.	Ej. Dolor de piernocturno, en descanso; o ulceración extensa.
NEUROPATIA PERIF.		Ej. Parestesias.	Ej. Cambios sensoriales.	Ej. Miopatía.
ENFERMEDAD OSEA.		Ej. Síntomas mínimos: cambios radiológicos y bioquímicos.	Ej. Dolor oseo constante; cambios radiológicos obvios.	Ej. Fracturas patológicas.

	NO	LEVE	MODERADA	SEVERA
RESPIRATORIA		Ej. Síndrome de obstrucción bronquial con bronquitis periódica al ejercicio.	Ej. Síndrome de obstrucción bronquial con ejercicio leve; infecc. resp. frec.	Ej. Síndrome de obstrucción bronquial en descanso
DAÑO VISUAL (Agudeza Visual)		Ej. Visión no tan clara como antes; incapaz de distinguir detalles finos; lee con ligero esf.	Ej. No maneja por visión disminuida; lee impresos grandes solo con aumento.	Ej. No puede leer impresos grandes; no se desplaza sin ayuda; no puede ver TV.
NEUROPATIA AUTONOMICA Y ENF. GASTROINTESTINAL		Ej. Nausea; sensación de debilidad post-diálisis.	Ej. Nausea; vómito; síncope ocasional.	Ej. Vómito cada diálisis; síncope post-dialisis.
EVENTOS EN LA DIALISIS		Ej. Dislocación ocasional corregible.	Ej. Peritonitis; infecc. del cateter; drenaje difícil.	Ej. Falla de membrana; episodios múltiples de peritonitis; trombosis; hemorragia pulmonar.
DIABETES		Ej. No requiere insulina.	Ej. Hipoglucemia o hiperglicemia ocasionales.	Ej. Hipoglucemia o cetoacidosis frecuentes.
OTRA				

CALIFICACION

Cada categoría de enfermedad en el INDICE DE GRAVEDAD DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, se califica como "AUSENTE" o con una escala de cinco puntos. La calificación mínima para cada categoría es CERO,

la máxima es DIEZ. Los puntajes de cada calificación reciben un peso diferencial de acuerdo al siguiente esquema:

1. CARDIOVASCULAR: 0, 3, 5, 6, 8, 10.
2. CEREBROVASCULAR: 0, 5, 6, 7, 8, 9.
3. VASCULAR PERIFERICO: 0, 5, 6, 7, 8, 9.
4. NEUROPATIA PERIFERICA: 0, 3, 4, 5, 7, 8.
5. ENFERMEDAD OSEA: 0, 1, 3, 5, 7, 8.
6. ENFERMEDAD RESPIRATORIA: 0, 3, 5, 6, 8, 10.
7. DAÑO VISUAL: 0, 2, 4, 5, 6, 8.
8. NEUROPATIA AUTONOMICA Y ENFERMEDAD GASTROINTESTINAL: 0, 3, 5, 6, 8, 10.
9. EVENTOS EN LA DIALISIS: 0, 1, 4, 6, 7, 9.
10. DIABETES: 0, 1, 3, 5, 7, 9.
11. OTRA: 0, 1, 2, 4, 6, 8.

La calificación del índice es la suma total de las calificaciones de las categorías individuales de enfermedad.

Tomado de: Craven J, Littlefield D, Rodin G, Murray M. The end-stage renal disease severity index (ESRD-SI). Psychol Med 1991;21:237-243.

TABLA No. 1
IRC-IG
CONCORDANCIA INTEREVALUADOR

Kappa Ponderado (K_w) promedio de tres evaluaciones realizadas por cada evaluador en cuatro pacientes. Cada categoría del IRC-IG se calificó ordinalmente como: ausente, leve, moderada y severa.

EVALUADOR	I	II	III	IV
I	-	0.33	0.36	0.32
II	0.33	-	0.30	0.43
III	0.36	0.30	-	0.29
IV	0.32	0.43	0.29	-

Global=0.34 ($p < 0.001$).

* $p < 0.001$ en todas las cifras.

TABLA No. 2

IRC-IG
CONCORDANCIA INTRAEVALUADOR

Kappa Ponderado (**Kw**) promedio*de tres evaluaciones realizadas por un solo evaluador a cuatro pacientes. Cada categoría del IRC-IG se calificó ordinalmente, como: ausente, leve, moderada y severa.

EVALUADOR	I	II	III	IV
Kw	0.55	0.52	0.50	0.54

Global=0.53 ($p < 0.001$)

* $p < 0.001$ en todas las cifras.

TABLA No. 3

IRC-IG

CORRELACION ENTRE EVALUACIONES

Coefficientes de correlacion de Spearman (r_s)
entre pares de evaluaciones. Calificación
numérica del IRC-IG

EVALUACION	1a.	2a.	3a.
1a.	-	0.89*	0.99*
2a.	0.89*	-	0.99*
3a.	0.99*	0.99*	-

Global=0.95 ($p=0.001$)

* $p=0.001$

ANEXO VII

**ACEPTACION DE INGRESO AL ESTUDIO:
"EFECTO DE UN PERIODO DE PSICOTERAPIA DINAMICA BREVE
DE GRUPO SOBRE LOS NIVELES DE DEPRESION Y ANSIEDAD
DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA BAJO
TRATAMIENTO CON DIALISIS PERITONEAL AMBULATORIA"**

He sido informado que se detectó en mi depresión y ansiedad, ambos trastornos emocionales que pueden tener consecuencias negativas sobre el curso de mi padecimiento físico (Insuficiencia Renal Crónica); además de ser la causa de varias de mis molestias como: no poder dormir adecuadamente, mi sensación de tristeza constante y mis pocos deseos de realizar cualquier actividad física, familiar o social. También, se me ha informado que la intención de este estudio es probar una forma de ayuda psicológica a enfermedades como las mías. Se me explicó, que el tratamiento psicológico que puedo recibir no ha mostrado causar daños y que se realiza en forma grupal. Estoy informado que mi participación en este tratamiento es totalmente voluntaria y que en caso de así decidirlo, puedo abandonarlo sin que ello limite o modifique la calidad y disposición del servicio que recibo en la unidad de Diálisis Peritoneal del Hospital General que me corresponde. Por todo lo anterior, estoy dispuesto a participar en este estudio y a cumplir con el contrato terapéutico que se me especificó, el cual se refiere a asistir a las doce sesiones del tratamiento, excepto por condiciones de gran dificultad y al tiempo - límite de noventa minutos de duración de cada una, una vez a la semana.

NOMBRE _____

FIRMA _____

LUGAR _____

FECHA _____

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Tovar AH, Gutiérrez AH, Villanueva SR. La investigación epidemiológica de las alteraciones mentales: trascendencia, métodos y lineamientos para su desarrollo en México. Salud Mental 1984; 7(4):10-23.
2. Knesper DJ, Pagnucco DJ. Estimated distribution of efforts by providers of mental health services to U.S. adults in 1982 and 1983. Am J Psychiatry 1987;144(7):883-888.
3. De la Fuente R. La salud mental en México. Salud Mental 1977; 1(1):4-13.
4. Rojas-Mackenzie. Sobre la aplicación del método epidemiológico al estudio de las enfermedades psiquiátricas. Salud Mental - 1979;3(2):40-44.
5. Campillo SC, Caraveo AJ. Epidemiología de la depresión. Salud Mental 1979;3(2):52-53.
6. Wissman M, Merikangas KR. The epidemiology of anxiety and panic disorders: an update. J Clin Psychiatry 1986;47(suppl): 11-17.
7. Marks IM. Epidemiology of anxiety. Soc Psychiatry 1986;21:167-171.
8. Berlanga C, Sosa AL. La validez diagnóstica de los trastornos de ansiedad generalizada y de las crisis de angustia. Salud Mental 1988;11(3):1-8.
9. Asociación Psiquiátrica Americana. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-III-R. 3a. ed. Barcelona: Masson, 1988.
10. Lipowski ZI. Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine II: clinical aspects. Psychosom Med 1967;29:201-223.
11. Harding TW, De Arango MV, Baltasa J, Climent CE, Ibraim HHA, Ladiido I, Srivivasal MR, Wing NN. Mental disorders in primay

- care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med* 1980;10:231-241.
12. Medina-Mora ME, Padilla GP, Mas C, Ezbán BM, Caraveo AJ, Campillo SC, Coroja J. Prevalencia de trastornos mentales y factores de riesgo en una población de práctica médica general. *Acta Psiquiat Psicol Amer Lat* 1986;32:307-312.
 13. Padilla P, Mas C, Ezbán M, Medina-Mora ME, Peláez O. Frecuencia de trastornos mentales en pacientes que asisten a la consulta general de un centro de salud. *Salud Mental* 1984;7(3):72-78.
 14. Mas CC, Padilla GP, Ezbán BM, Peláez O, López JLL. Tasas ajustadas de prevalencia de trastornos mentales en dos poblaciones de práctica médica general. *Acta Psiquiatr Psicol Amer Lat* 1986;32:307-312.
 15. Caraveo AJ, González FC, Ramos LL. Indicadores clínicos de ajetación psiquiátrica en la práctica médica general. *Salud Pública Mex* 1985;27:140-148.
 16. Yager J, Linn LS, Leake B, Gastaldo G, Pakowski C. Initial clinical judgments by internists, family physicians and psychiatrists in response to patient vignettes: I. Assessment of problems and diagnostic possibilities. *Gen Hosp Psychiatry* 1986;8:145-151.
 17. Yager J, Linn LS, Leake B, Gastaldo G, Pakowski C. Initial clinical judgments by internists, family physicians and psychiatrists in response to patients vignettes:II. Ordering of laboratory tests, consultations and treatments. *Gen Hosp Psychiatry* 1986;8:152-158.
 18. Zung WWK, Magill M, Moore JT. Recognition and treatment of depression in a family medicine practice. *J Clin Psychiatry* 1983;44:3-6.
 19. Zung WWK. The role of rating scales in the identification and management of depressed patient in the primary care setting. -

- J Clin Psychiatry 1990;51(suppl):72-76.
20. Zich JM, Attkisson CC, Greenfield TK. Screening for depression in primary care clinics: the CES-D and the BDI. *Int J Psychiatry Med* 1990;20(3):259-277.
 21. Zung WWK, Magruder-Habib K, Velez R, Alling W. The comorbidity of anxiety and depression in general medical patients: a longitudinal study. *J Clin Psychiatry* 1990;51(6 suppl):77-80.
 22. Rodin G, Woshort R. Depression in the medically ill: an overview. *Am J Psychiatry* 1986;143:696-705.
 23. Lipowski ZJ. Psychiatric illness among medical patients. *Lancet* 1979;1:478-499.
 24. Rosen DH, Gregory RJ, Pollock D, Schiffman A. Depression in patients referred for psychiatric consultation. A need for a new diagnosis. *Gen Hosp Psychiatry* 1987;9:391-397.
 25. Chavanaugh SA, Clark DC, Gibbons RD. Diagnosis depression in the hospitalized medically ill. *Psychosomatics* 1983;24:809-815.
 26. Breier A, Charney DS, Heninger GR. The diagnostic validity of anxiety disorders and their relationship to depressive illness. *Am J Psychiatry* 1985;142(7):787-797.
 27. Staurakaki CH, Vargo B. The relationship of anxiety and depression: a review of the literature. *Br J Psychiatry* 1986;149:7-16.
 28. Katon W, Sullivan MD. Depression and chronic medical illness. *J Clin Psychiatry* 1990;51(suppl):3-14.
 29. Morris PLP, Beverly R. Depressive disorder associated with physical illness. The impact of stroke. *Gen Hosp Psychiatry* 1987;9:391-397.

30. Lara MC. Reacción psicológica al cáncer. *Salud Mental* 1984; 7(4):61-66.
31. Torres CM, Hernández MH, Ortega SHA. Validez y reproducibilidad del inventario para depresión de Beck en un hospital de cardiología. *Salud Mental* 1991;14(2):1-6.
32. Redmond GMP. Validez de diagnóstico y concurrente de la aplicación del inventario de Beck para depresión en pacientes neurológicos hospitalizados. Tesis de especialización en psiquiatría. UNAM-IMP, 1991.
33. Murphy JM, Monson RR, Olivier CD, Sobol AM, Leighton AH. -- Affective disorders and mortality. A general population study. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:473-480.
34. Fulop G, Strain JJ, Vita J, Lyons JS, Hammer JS. Impact of -- psychiatric comorbidity on length of hospital stay for medical/surgical patients: a preliminary report. *Am J Psychiatry* 1987;144(7):878-882.
35. Blodgett CH. A selected review of the literature of adjustment to hemodialysis. *Int J Psychiatry Med* 1981-82;11(2): 970-994.
36. Levenson JL, Glocheski S. Psychological factors affecting -- end-stage renal disease; a review. *Psychosomatics* 1991;32(4): 382-389.
37. Gonsalves-Ebrahim L. Psychological aspects of home care for -- the patient with end-stage renal disease. *Cleve Clin Q* 1985;- 52:299-302.
38. Caraven JL, Rodin GM, Johnson LB, Kennedy SH. The diagnosis of major depression in renal dialysis patients. *Psychosom Med* 1987;42:482-492.
39. Craven JL, Rodin GM, Littlefield C. The Beck depression invenu

- tory as a screening device for major depression in renal dialysis patients. *Int J Psychiatry Med* 1988;18(4):365-374.
40. Kutner NG, Fair PC, Kutner MH. Assessing depression and anxiety in chronic dialysis patients. *J Psychosom Res* 1985;29(1):23-31.
 41. Pucheu RC. Panorama epidemiológico de los trastornos mentales en el segundo y tercer nivel de atención. Subdirección General Médica. IMSS, 1990.
 42. Rodin G, Voshart K. Depressive symptoms and functional impairment in the medically ill. *Gen Hosp Psychiatry* 1987;9:251-258.
 43. Shulman R, Price JD, Spinelli J. Biopsychosocial aspects of long-term survival on end-stage renal failure therapy. *Psychol Med* 1989;19:945-954.
 44. Devin GM, Mann BJ, Mandin H, Paul LC, Hons R, Burgess ED, -- Taub K, Schorr S, Letourneau Rn, Buche S. Psychosocial predictors of survival in end-stage renal disease. *J Nerv Ment Dis* 1990;178(2):127-133.
 45. Abraham HS, Moore GL, Westervelt PB. Suicidal Behavior in -- chronic dialysis patients. *Am J Psychiatry* 1971;127(9):1199-1204.
 46. Goldstein AM, Resnikoff M. Suicide in chronic hemodialysis patients from an external locus of control framework. *Am J Psychiatry* 127(9):1204-1207.
 47. Schildkraut JJ. The catecholamine hypothesis of affective disorders: a review of supporting evidence. *Am J Psychiatry* -- 1965;122:509-522.
 48. Price LH, Charney DS, Rubin AL, Heninger GR. α_2 -adrenergic receptor function in depression. Cortisol response to yohimbine. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:849-858.

49. Smith DB, Lewis JA, Burks JS, Alfrey AC. Dialysis encephalopathy in peritoneal dialysis. *JAMA* 1980;244(4):365-366.
50. Bolla KJ, Mistein S, Breifel G, Wieler BS, Kaufman S. Dihydropteridine reductase activity: lack association with serum aluminum levels and cognitive functioning in patients with end-stage renal disease. *Neurology* 1991;41:1806-1809.
51. Wolcott DL, Wellisch DK, Marsh JT, Schaeffer J, Landsverk J, Nissenson AR. Relationship of dialysis modality and other factors to cognitive function in chronic dialysis patients. *Am J Kidney Dis* 1988;12(4):275-284.
52. Singh S, Glum J, Macon E, Clark E, Schaffer D, Tesschan P. -- Multicenter study of change in dialysis therapy-maintenance - hemodialysis to continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Am J Kidney Dis* 1992;19(3):246-251.
53. Lader M. Teorías psicofisiológicas actuales sobre la ansiedad. En: Lipton MA, DiMascio A, Killam KF (Eds). *Psicofarmacología. A los treinta años de progreso. Edición Revolucionaria*, pp. - 1533-1538, La Habana, 1983.
54. Zrumski CF, Isenberg KE. Insights into the structure and function of GABA-benzodiazepine receptors: ion channels and psychiatry. *Am J Psychiatry* 1991;148:162-173.
55. Craven J, Littlefield D, Rodin G, Murray M. The end-stage renal disease severity index (ESRD-SI). *Psychol Med* 1991;21:237-243.
56. Folstein JF, Folstein SE. "Mini-mental-state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-198.
57. Becerra B, Ortega-Soto HA, Torner C. Validez y reproducibilidad del examen cognoscitivo breve (Mini mental state examination) en una unidad de cuidados especiales de un hospital -- psiquiátrico. *Salud Mental* 1992;15(4):41-45.

58. Bramley PN, Easton AME, Morley S, Snaith RP. The differentiation of anxiety and depression by rating scales. *Acta Psychiatrica Scand* 1988;77:133-138.
59. Aylar PR, Gooding JH, Snaith McK, Snaith FP. A validation study of three anxiety and depression self assessment scales. *J Psychosom Res* 1987;31(2):261-268.
60. De Mocker JD, Zimpfer DG. Group approaches to psychosocial intervention in medical care: a synthesis. *Int J Group Psychother* 1981;31(2):247-258.
61. Cordiner CM, Wilson SA. Group Psychotherapy with chronic physical illness. *Health Bull* 1982;40(10):16-19.
62. Stuber MI, Sullivan Greer, Kennon TL, Nobler H. Group therapy for chronic medical illness: a multidagnosis group. *Gen Hosp Psychiatry* 1988;10:360-366.
63. Banik SN, Mendelson MA. Group psychotherapy with a paraplegic group, with an emphasis on specific problems of sexuality. -- *Int J Group Psychother* 1978;28(1):123-128.
64. Bucher J, Smith E, Gillespie Ch. Short-term group therapy for stroke patients in a rehabilitation centre. *Br J Med Psychol* 1984;57:283-290.
65. Spiegel D, Yalom Irvin. A support group for dying patients. -- *Int J Group Psychother* 1978;28(2):233-244.
66. Spiegel D, Bloom JR, Yalom I. Group support for patients with metastatic cancer. A randomized prospective outcome study. -- *Arch Gen Psychiatry* 1981;38:527-533.
67. Levine SH, Bystritsky A, Baron D, Jones L. Group psychotherapy for HIV-seropositive patients with major depression. *Am J Psychotherapy* 1991;45(3):413-424.
68. Sonrensen ET. Group therapy in a community hospital dialysis

unit. JAMA 1972;221(8):899-901.

69. Hollon TH. Modified group therapy in the treatment of patients on chronic hemodialysis. Am J Psychotherapy 1972;26:501-510.
70. Wilson ChJ, Muzekari LH, Schneps SA, WilsonDM. Time-limited group counseling for chronic home hemodialysis patients. J -- Counsel Psychology 1974;21(5):376-379.
71. Campbell DR, Birendra KS. Brief group psychotherapy with chronic hemodialysis patients. Am J Psychiatry 1980;137(10):1234-1237.
72. Buchanan DC. Group therapy for kidney transplant patients. -- Int J Psychiatry Med 1975;6:523-531.
73. Piper WE, Debbane EG, Bienvenu JP, Garant J. A comparative -- study of four forms of psychotherapy. J Consult Clin Psychol 1984;52(2):268-279.
74. Toseland RW, Siporin M. When to recommend group treatment: a review of the clinical and research literature. Int J Group - Psychother 1986;36(2):171-210.
75. Karazu TB. The psychotherapies: benefits and limitations. -- Am J Psychotherapy 1986;11(3):324-340.
76. Shemo JP. Medical psychotherapy. Clinical application in an inpatient setting. Gen Hosp Psychiatry 1988;10:231-235.
77. Klein RH. Some principles of short-term group therapy. Int J Group Psychother 1985;3(35):309;330.
78. Poey K. Guidelines for the practice of brief, dynamic group - therapy. Int J Group Psychother 1985;35(3):331-354.
79. Reich J, Neenan P. Principles common to different short-term psychotherapies. Am J Psychother 1986;11(1):62-69.

80. Diaz PI. Grupo a tiempo limitado y objetivos focalizados. *Revista de Análisis Grupal* 1987;4(1):83-96.
81. Fiorini JH. Teoría y técnica de las psicoterapias. Buenos Aires. Nueva Visión, 1987. pp.85-100.
82. Balint M, Ornstein PH, Balint E. psicoterapia Focal. Buenos Aires. Gedisa, 1986. pp.185-189.
83. Green A. Narcicismo de vida, narcicismo de muerte. Amorrortu Ed. Buenos Aires, 1986. pp.11-77.
84. Kaplan De-Nour A. Psychotherapy with patients on chronic haemodialysis. *Br J Psychiatry* 1970;116:207-215.
85. Spitzer RL, Janet BW. Structured clinical interview for DSM-III-R. Patients version (SCID-P, 7/1/85). Biometrics Research Department. New York State Psychiatric Institute, 1985.
86. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:551-571.
87. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979;134:382-389.
88. Snaith RP, Baugh SJ, Clayden AD, Husain A, Sipple MA. The Clinical Anxiety Scale: an instrument derived from the Hamilton Anxiety Scale. *Br J Psychiatry* 1982;141:518-523.
89. Snaith RP, Harrop FM, Newby DA, Teale C. Grade scores of Montgomery-Asberg depression and the Clinical Anxiety Scales. *Br J Psychiatry* 1986;148:599-601.
90. Brenne BM, Reator FC. The Kidney. Fourth edition. Philadelphia. Saunders, 1991. pp.1204-1208.
91. Schreiber JM, Vokt GD, Cunningham JR. Home therapy for kidney disease. Continuous ambulatory therapy peritoneal dialysis and

- continuous cyclic peritoneal dialysis. *Cleve Clin Q* 1985;52: 291-297.
92. Donner A. Approaches to sample size estimation in the design of clinical trials. A review. *Stat Med* 1984;3:199-214.
93. Sledge WH, Moras K, Hartley D, Levine M. Effect of time-limited psychotherapy on patient drop-out rates. *Am J Psychiatry* 147;10:1341-1347.
94. Fajardo OA, Yamamoto-Kimura LT, Garduño-Espinosa J, Hernández-Hernández DM, Martínez-García MC. Consistencia y validez de una medición en la investigación clínica pediátrica. Definición, evaluación y su interpretación. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1991;48(5):367-381.
95. Gjørup T. The Kappa coefficient and the prevalence of a diagnosis. *Meth Inform Med* 1988;27:184-186.
96. Timpka T, Buur T. Inter-observer variation in decision-making regarding patients on chronic hemodialysis: a study using the Kappa Index. *Meth Inform Med* 1990;29:153-157.
97. Reiss D, Gonzales S, Kramer N. Family process, chronic illness, and death. On the weakness of strong bonds. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:795-804.
98. Evans R, Manninen DL, Garrison LP, Hart LG, Blagg CR, Gutman RA, Hull AR, Lowrie EG. The quality of life of patients with end-stage renal disease. *N Engl J Med* 1985;312:553-559.
99. Wolcott DL, Nissenon AR, Landsverk J. Quality of life in chronic dialysis patients. Factors unrelated to dialysis modality. *Gen Hosp Psychiatry* 1988;10:267-277.
100. Churchill DN, Taylor W, Cook RJ, La Plante P, Barre P, Cartier P, Fay WP, Goldstein MB, Jindal K, Mandin H, McKenzie JK, Muirhead N, Parfrey PS, Posen GA, Slaughter D, Ulan RA, Werb R. Canadian hemodialysis morbidity study. *Am J Kidney -*

Dis 1992;19(3):214-234.

101. Spiegel DM, Anderson M, Campbell U, Hall K, Kelly G, McClure E, Breyer JA. Serum albumin: a marker for morbidity in peritoneal dialysis patients. Am J Kidney Dis 1993;21(1):26-30.
102. Harris LE, Luft FC, Rudy DW, Tierney WM. Clinical correlates of functional status in patients with chronic renal insufficiency. Am J Kidney Dis 1993;21(2):161-166.
103. Gotch FA. Adequacy of peritoneal dialysis. Am J Kidney Dis 1993; 21(1):96-98.
104. Burton PR, Walls J. Selection-adjusted comparison of life expectancy of patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis, haemodialysis and renal transplantation. Lancet 1987;i:115-119.
105. Estados Unidos Mexicanos. Perfil Sociodemográfico. XI Censo Nacional de Población y Vivienda. Mexico. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 1992. pp.41 y 66.
106. Hakim RM, Depner TA, Parker TF. Adequacy of hemodialysis. Am J Kidney Dis 1992;20:107-123.
107. Sagiv M, Rudoy J, Rtstein A, Fisher N, Ben-Ari J. Exercise tolerance of end-stage renal disease patients. Nephron 1991; 57:424-427.
108. Carney RM, Wtzel RD, Hagberg J, Goldberg AP. The relationship between depression and aerobic capacity in hemodialysis patients. Psychosom Med 1986;48(1-2):143-147.
109. Goldberg D, Bridges K, Cook D, Evans B, Grayson D. The influence of social factors on common mental disorders. Destabilisation and restitution. Br J Psychiatry 1990;156: 704-713.
110. Rolland JS. Chronic illness and the life cycle: A concep--

- tual framework. *Family Process* 1987;26:203-221.
111. Poznansky EO, Miller E, Salguero C, Kelsh RC. Quality of -- life for long-term survivors of end-stage renal disease. -- *JAMA* 1978;239(22):2343-2347.
 112. Paykek ES, Prosoff BA, Kerman GI, Di Mascio A. Self-report and clinical interview ratings in depression. *J Nerv Ment - Dis* 1973;156:166-172.
 113. Plutchik R, Van Praag HM. Interconvertability of five self-report measures of depression. *Psychiatry Res* 1987;22:243--256.
 114. Castogiovanni P, Maremmani I, Deltito JA. Discordance of -- self rating versus observer ratings in the improvement of - depression: role of locus of control and aggressive behav-- ior. *Comprehen Psychiatry* 1989;30(3):231-235.
 115. Rush JA. Problems associated with the diagnosis of depres-- sion. *J Clin Psychiatry* 1990;51(6-Suppl):15-24.
 116. Lambert MJ, Hatch DR, Kington MD, Edwards BC, Zung, Beck, - Hamilton rating scales as measures of treatment outcome: a meta-analytic comparison. *J Consult Clin Psychol* 1986;54(1): 54-59.
 117. Elkin I, Pilkonis PA, Docherty JP, Sotsky SM. Conceptual -- and methodological issues in comparative studies of psycho- therapy and pharmacotherapy, II: nature and timing of treat- ment effects. *Am J Psychiatry* 145;9:1070-1076.
 118. Pauker S, Cooper AM. Paradoxical patient reactions to psy-- chiatric life support: clinical and ethical considerations. *Am J Psychiatry* 1990;147(4):488-491.
 119. Grunebaum H. Harmful psychotherapy experience. *Am J Psycho- ther* 1986;11(2):165-176.

120. Bloch SB, Crouch E, Reibstein J. Therapeutic factors in --- group psychotherapy. Arch Gen Psychiatry 1981;38:519-526.
121. Díaz MC, Döring R, Guerra ST, Márquez MO. La Coterapia. Revista de Análisis Grupal 1986;3(4):41-59.
122. Díaz MC, Márquez MO. La coterapia en la técnica grupal. -- Revista de Análisis Grupal 1986;3(4):88-95.
123. Wittchen H-U, Senler G, Von Zerssen D. A comparison of two diagnostic methods. Clinical ICD Diagnosis vs DSM-III and - Research Diagnostic Criteria using the Diagnostic Interview. Arch Gen Psychiatry 1985;42:677-684.
124. Snaith RP, Harrop FM, Newby DA, Teale C. Grade scores of - the Montgomery-Åsberg Depression and the Clinical Anxiety - Scales. Br J Psychiatry 1986;148:599-601.
125. Strain JJ, Fulop G, Lebovits A, Ginsberg B, Robinson M, -- Stern A, Charap P, Ganag F. Screening devices for diminished cognitive capacity. Gen Hosp Psychiatry 1988;10:16-23.