



11227
58
2ey

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO LA RAZA
SERVICIO: MEDICINA INTERNA.

CALIDAD DE VIDA Y PREVALENCIA DE TRASTORNOS
MENTALES EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL
CRONICA EN PROGRAMA DE DIALISIS PERITONEAL
INTERMITENTE.

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA
P R E S E N T A
FILIBERTO LOPEZ CARRETO

ASESOR: DRA. ILIANA ROCIO LOPEZ SILVA

MEXICO, D. F.

1995

FALLA DE ORIGEN





Universidad Nacional
Autónoma de México

UNAM



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

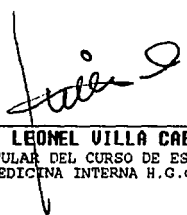
Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

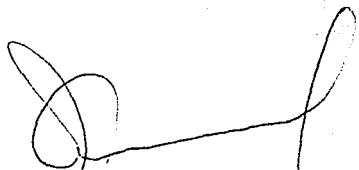
DR. EMILIO ESCOBAR PICASSO
JEFE DE ENSEÑANZA H.G.C.M.R.



DR. ENRIQUE MARQUEZ SANCHEZ
JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA H.G.C.M.R.



DR. LEONEL VILLA CABALLERO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA INTERNA H.G.C.M.R.



DRA. ILIANA ROCIO LOPEZ SILVA.
INVESTIGADOR RESPONSABLE DE LA TESIS

**CALIDAD DE VIDA Y PREVALENCIA DE
TRANSTORNOS MENTALES
EN PACIENTES CON
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
EN PROGRAMA DE
DIALISIS PERITONEAL INTERMITENTE**

DRA. ILIANA ROCIO LÓPEZ SILVA
HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO LA RAZA
MEDICO PSIQUIATRA DEL DEPARTAMENTO DE HIGIENE
MENTAL
MATRICULA: 5383706

FILIBERTO LÓPEZ CARRETO
HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO LA RAZA
MEDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DE
MEDICINA INTERNA
MATRICULA: 9942692

DR. LEONEL VILLA CABALLERO
HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO LA RAZA
MEDICO DE BASE DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
MATRICULA: 8710902

SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
HOSPITAL GENERAL
CENTRO MEDICO LA RAZA

SERVICIO DE HIGIENE MENTAL
HOSPITAL GENERAL
CENTRO MEDICO LA RAZA

INDICE:

- OBJETIVOS.....	4
- ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.....	5
- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
- VARIABLES.....	12
- HIPÓTESIS.....	13
- DISEÑO EXPERIMENTAL.....	14
- MATERIAL Y MÉTODOS.....	15
- ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	17
- CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	18
- RECURSOS Y FACTIBILIDAD.....	19
- CRONOGRAMA DE TRABAJO.....	20
- ANEXOS.....	21
- DIFUSIÓN DE RESULTADOS.....	32
- RESULTADOS.....	33
- CONCLUSIONES.....	35
- GRÁFICAS.....	37
- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45

IV. OBJETIVOS:

- IV.1. Establecer la prevalencia de alteraciones psiquiátricas en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en programa de diálisis peritoneal intermitente (DPI) en el servicio de Medicina Interna del Hospital General Centro Médico La Raza.
- IV.2. Evaluar la calidad de vida del paciente con IRC. en programa de DPI.

V. ANTECEDENTES CIENTIFICOS:

La insuficiencia renal crónica, es un síndrome que resulta de la destrucción progresiva e irreversible de las nefronas. (ref: 1).

No contamos en México con estadísticas confiables sobre la incidencia de Insuficiencia Renal Crónica (IRC) , sin embargo, las referencias bibliográficas, coinciden en que la incidencia de la IRC, en Estados Unidos es de 200 casos por cada millon de personas cada año, ó cerca de 45.000 americanos al año. (ref: 2). Las causas más comunes de insuficiencia renal crónica son la glomerulonefritis crónica, pielonefritis crónica, enfermedades congénitas renales tales como la enfermedad poliquistica renal; nefritis lúpica, y nefropatía diabética, así como nefroangioesclerosis secundaria a hipertensión arterial sistémica. La mayoría de las enfermedades que causan IRC, usualmente ocurren en pacientes jóvenes.

El curso clínico de la enfermedad finalmente lleva al paciente a una fase terminal, ocasionandole alteraciones sistémicas siendo las más importantes:

* Metabólicas: Osteodistrofia renal, hiperparatiroidismo secundario, intolerancia a los carbohidratos, hiperuricemia, hipertrigliceridemia, desnutrición proteico-calórica, y disfunción sexual.

* Hidroelectrolíticas: Hiperkalemia, acidoosis metabólica, hiperfosfatemia, hipocalcemia.

* Transtornos neuromusculares: Letargia, asterixis, neuropatía

periférica, alteraciones del sueño. (ref: 1,3,4).

* Alteraciones cardiopulmonares: aterosclerosis acelerada, hipertensión arterial sistémica, cardiomiopatía, insuficiencia cardiaca congestiva, pericarditis, arritmias, neumonitis.

* Hematológicos: anemia, diátesis hemorrágica, linfopenia, susceptibilidad a infecciones.

* Gastrointestinales: Nauseas, vómito, enfermedad acido péptica, peritonitis, gastroenteritis, ascitis refractaria.

Actualmente el manejo de la insuficiencia renal crónica está encaminado a proporcionar al paciente apoyo dietético (restricción de líquidos, sodio, proteínas), tratamiento medicamentoso (corrección de alteraciones electrolíticas, diuréticos, antihipertensivos, estimulantes de eritropoyesis, etc.), y en casos terminales que lo requieran diálisis peritoneal en sus diferentes modalidades o hemodiálisis, con lo que se logra mejorar la sobrevida de los pacientes con IRC; (ref:5,6). No se ha dado la importancia requerida al aspecto psicológico del paciente.

Padecer una enfermedad crónica, implica generalmente procedimientos de diagnóstico y tratamiento, que someten al enfermo, y al medio familiar a diferentes cargas emotivas, por tiempo indefinido. Este tipo de enfermos generalmente se muestran deprimidos, con signos sutiles u obvios de tristeza, y la misma enfermedad física crónica deteriora la imagen que tienen de si mismos y de su autoestima. Los efectos están condicionados por el grado de incapacidad, la respuesta de la familia, el medio social y la capacidad intelectual del paciente. Pueden influir

también la frecuencia con la que el enfermo se ve sometido a procedimientos terapéuticos, y a la naturaleza congénita o adquirida del padecimiento. (ref: 7,8.)

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA.

Los enfermos crónicos, presentan una condición que puede o no producir alteraciones emocionales, de la conducta, o del funcionamiento mental en general.

El incapacitado permanente y el enfermo crónico, tienden a volverse objeto de prejuicios, y discriminación por parte de la sociedad. De esta manera, se establece una mecánica que hace que el enfermo sufra dos tipos de agresión: 1).- La de la enfermedad física crónica, y 2).- La de la reacción psicológica inmadura de quienes lo rodean. En muchos casos, el paciente siente la pérdida de un órgano como un castigo ante culpas reales o imaginarias.

En los enfermos crónicos, frecuentemente se produce regresión emocional, devaluación de la propia imagen corporal, depresión, negación, rechazo y falta de agresividad. Estas alteraciones traen como consecuencia serios problemas con el equipo médico, con el núcleo familiar y con su medio social, pues no se les tolera fácilmente. (ref: 2-6, 8, 9)

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (IRC)

Algunos enfermos con IRC en fase terminal, además de las alteraciones que hemos descrito, sufren ansiedad e impulsos de autodestrucción.

Ante la realidad de una enfermedad con pronóstico fatal, se

ven en la necesidad de construir mecanismos de defensa para enfrentarla. utilizando de manera especial la negación: "Niegan la dependencia a la diálisis, no cuidan su catéter, no siguen las indicaciones médicas y dietéticas, etc:".

El éxito de estas negaciones, es muy parcial, y tiene que ser reforzado continuamente por que se ven interferidas por la sensación corporal de la enfermedad. La negación de algunos aspectos de la realidad o de situaciones desagradables, en ocasiones puede proteger a los pacientes de una descompensación emocional. (ref: 2,6,9,10)

La respuesta del paciente, puede ser de aceptación o rechazo. La aceptación puede ser positiva, o negativa cuando se adopta una actitud regresiva. El rechazo puede ser activo o pasivo. Estos enfermos se sienten perseguidos por dos mundos agresivos: El interno representado por su ansiedad y su organismo, y el externo, representado por el tratamiento.

Aún en las mejores condiciones, la mayoría de los enfermos experimentan cierto grado de inquietud antes de la diálisis. Los momentos de mayor tensión, ocurren al inicio y al final del procedimiento. Muy frecuentemente hay alteraciones en la autoimagen. El edema, la palidez, las limitaciones físicas y las cicatrices, originan en ellos sentimientos de minusvalía.

Por todas las alteraciones ya comentadas, es necesario el manejo multidisciplinario del enfermo y de su familia, para el éxito del tratamiento. Su importancia ha sido frecuentemente señalada en la literatura. Esta necesidad se fundamenta en los múltiples factores que van a actuar sobre el estado psicológico

del paciente: para ello, se requiere sensibilizar a todos los miembros del equipo médico y paramédico, acerca de la importancia de manejar como un todo el problema del paciente renal crónico.

COMPLICACIONES PSICOLÓGICAS DE LA DIÁLISIS:

Los pacientes portadores de IRC manejados con diálisis peritoneal, al igual que virtualmente todos los enfermos crónicos experimentan ansiedad y depresión. Los síndromes depresivos ocurren en respuesta a una pérdida de energía, fuerza, capacidad para trabajar, capacidad sexual, autonomía y esperanza de vida. El paciente con IRC en programa de diálisis, presenta más frecuentemente insomnio y tendencia al suicidio.

Se han realizado estudios para evaluar la calidad de vida en pacientes con diálisis peritoneal y hemodiálisis:

Wolcott y colaboradores investigaron en 66 pacientes en programa de DPI, la adaptación médica, psicológica y social (calidad de vida), por medio de la escala de Karnofsky, escala de problemas clínicos activos (ACPS), y escala de estimación media de Simons y escala de stress al tratamiento. Concluyendo que hay una peor adaptación psicológica en los pacientes del sexo masculino, sin establecer otras diferencias significativas en los parámetros evaluados de calidad de vida. (ref: 11-13)

Kutner y colaboradores, analizaron la calidad de vida en 349 pacientes con insuficiencia renal crónica en estadio terminal por medio del índice de Spitzer (ref:14), concluyendo que la diálisis fué asociada a más baja calidad de vida, con un grado significativamente mayor entre pacientes blancos que en negros.

En un estudio realizado por Tynes, Ruggiero y Brantley, con una muestra de 90 sujetos en hemodialis, observaron que 80% de los pacientes estaban libres de psicopatologías significativas.

Finalmente Levenson y colaboradores identifican que las complicaciones psicopatológicas, repercuten en los costos de la atención médica.

ENTREVISTA PSIQUIATRICA ESTANDARIZADA:

La Entrevista Psiquiátrica Modificada (EPM), es un instrumento de investigación psiquiátrica, para la confirmación de caso. Tuvo su origen en la "Standardized Psychiatric Interview", diseñada por el Dr. David Goldberg, a principios de la década de los 70's; diez años después fue traducida al español y llevado a cabo su primer estudio de confiabilidad en nuestro país (Campillo y colaboradores en 1980). (ref: 15)

La Entrevista Psiquiátrica Estandarizada, representa un intento por lograr un instrumento de captación de datos clínicos subjetivos y objetivos, de manera homogénea, en un tiempo relativamente breve, de tal forma que facilite a los investigadores obtener alta concordancia en sus observaciones. Goldberg alcanzo su objetivo en la cultura Inglesa, y propone que el momento de ser utilizado el instrumento en otros países, debe ser modificado y adaptado, tomando en consideración, los aspectos culturales de cada lugar, pero manteniendo sus objetivos.

VI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La insuficiencia renal crónica, es una complicación grave de varias enfermedades sistémicas y renales frecuentes en la práctica clínica; cuyo impacto social y económico son conocidos, sin embargo el impacto sobre el aspecto psicológico del paciente y su repercusión en el tratamiento y calidad de vida es poco conocido.

Desde el punto de vista médico, el paciente renal crónico está sometido a múltiples condicionantes incluyendo diálisis peritoneal intermitente (DPI), ingesta de medicamentos, restricción hídrica y dietética, limitación de actividad física, y riesgo de complicaciones.

Emocionalmente se impone al paciente y a su familia una carga muy importante que crea reacciones de ansiedad y depresión, que puede obstaculizar la cooperación al tratamiento, por lo tanto se requiere identificar en forma temprana y tratar adecuadamente las alteraciones psiquiátricas que presenta el paciente con IRC.

Tomando en cuenta que los resultados publicados en la literatura no son concluyentes al determinar la prevalencia de alteraciones psiquiátricas y calidad de vida en los pacientes con IRC, y la cantidad de pacientes que manejamos en el área de diálisis del Hospital General Centro Médico La Raza, decidimos realizar esta investigación para identificar alteraciones psiquiátricas, evaluar la calidad de vida y proporcionar un manejo en conjunto con el servicio de Psiquiatría en los casos que lo ameriten.

VII. VARIABLES:**VII.1. Variable independiente:**

- * Pacientes con diagnóstico de Insuficiencia renal crónica.- En fase terminal y programa de diálisis peritoneal intermitente.

VII.2. Variables dependientes:

- * Alteraciones psiquiátricas.- Las cuales serán identificadas por medio de la entrevista psiquiátrica modificada.
- * Calidad de vida.- Evaluada por el índice de calidad de vida de Spitzer.

VIII. HIPÓTESIS:

VIII.1. Hipótesis General:

- * El paciente con IRC en programa de DPI, tiene una calidad de vida deficiente con respecto al resto de la población, y por lo tanto es más lábil a presentar alteraciones psiquiátricas.

VIII.2. Hipótesis nula:

- * Las alteraciones psiquiátricas y la calidad de vida no tendrán diferencias significativas en pacientes con IRC con respecto al paciente del grupo control.

VIII.3. Hipótesis alternas:

- * Se observará un deterioro importante en la calidad de vida de los pacientes portadores de IRC en programa de diálisis peritoneal intermitente con respecto a un grupo control.
- * La prevalencia de alteraciones psiquiátricas será mayor en el grupo de pacientes con IRC que en el grupo control.

IX. DISEÑO EXPERIMENTAL:

Para la realización de este estudio, se planeó un diseño multivariable, con las siguientes características:

IX.1. De acuerdo a la época de captación de la información:

Prospectivo.

IX.2. De acuerdo al período que cubre el estudio:

Transversal.

IX.3. De acuerdo a la comparación de poblaciones:

Comparativo.

IX.4. Con respecto al grado de interferencia del investigador:

Observacional.

X. MATERIAL Y METODOS:

X.1. Universo de trabajo:

Para la realización de esta investigación, se estudiaron 20 pacientes portadores de insuficiencia renal crónica, en programa de diálisis peritoneal intermitente del Hospital General Centro Médico La Raza; residentes del Distrito Federal, en un período de tiempo comprendido entre agosto y octubre de 1993.

X.2.1. Criterios de inclusión:

Pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica en fase terminal, con edad de 18 a 65 años, incluidos en programa de diálisis peritoneal intermitente (con cateter de Tenckoff) en Hospital General Centro Médico La Raza.

X.2.2. Criterios de no inclusión:

Falta de cooperación por parte del paciente, deterioro visual importante, e hipoacusia bilateral severa.

X.2.3. Criterios de exclusión:

Antecedentes de EVC, demencia, psicosis aguda o crónica, otros trastornos psiquiátricos documentados, complicaciones agudas asociadas a diálisis peritoneal, peritonitis.

X.3. Metodología:

Se formaron dos grupos de estudio. El grupo I fue formado por pacientes que reunieron los criterios de inclusión ya

comentados; y el grupo II incluyó a sujetos sanos (control) con características similares en cuanto a edad, sexo, estado civil y nivel socioeconómico.

Se registraron en los formatos correspondientes las características específicas de los sujetos participantes, incluyendo enfermedades asociadas, parámetros clínicos y de laboratorio.

Posteriormente se realizó en el área de diálisis del Hospital General Centro Médico La Raza (HGCMR), la Entrevista Psiquiátrica Modificada (entrevista clínica estandarizada para la confirmación de casos psiquiátricos en versión modificada y adaptada para México de la Entrevista Psiquiátrica de Goldberg), y cuestionario para determinar índice de calidad de vida (Spitzer).

En caso necesario, el paciente fue canalizado al servicio de Higiene Mental del HGCMR.

XI. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico de los resultados se realizó por análisis multivariado, con relación de momios e intervalo de confiabilidad del 95 %, así como prueba de χ^2 .

XII. CONSIDERACIONES ETICAS:

A todos los pacientes incluidos en la investigación, se les informó ampliamente acerca de las características del estudio, incluyendo objetivos y manejo confidencial de la información, obteniendo de todos los pacientes el consentimiento por escrito.

XIII. RECURSOS Y FACTIBILIDAD:

XIII.1.1. Recursos humanos:

- Pacientes con IRC en DPI (20)
- Sujetos sanos control (20)

XIII.1.2. Recursos técnicos:

- Entrevista Psiquiátrica Modificada.
- Índice de calidad de vida de Spitzer.

XIII.2. Factibilidad:

Para la realización de esta investigación se contó con la disponibilidad de los recursos técnicos y humanos del Hospital General Centro Médico La Raza.

XIII.3. Existe una alta probabilidad de completar la muestra prevista, en el periodo de tiempo programado, dada la frecuencia de la IRC, y el número de pacientes incluidos en programa de DPI, en el HGCMR.

XIV. CRONOGRAMA DE TRABAJO:

Actividad:

Tiempo:

Reunir 20 pacientes que cumplan los -
 criterios de inclusión para el grupo-
 I, y un grupo control de pacientes -
 sanos..... 15 días

Realizar Entrevista Psiquiátrica -
 Modificada e Índice de Calidad de -
 Vida de Spitzer , a cada uno de los-
 pacientes durante el internamiento-
 para DPI y registrar la información -
 obtenida..... 15 días

Análizar los resultados obtenidos-
 y realizar posteriormente las conclu-
 siones de la investigación..... 7 días

Fecha probable de conclusión..... 15/12/93

IV. ANEXOS:

XV.1. ENTREVISTA PSIQUIATRICA MODIFICADA (E.P.M.):

.....
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre
1. HISTORIA MEDICA GENERAL:		
1.1. Edad.....	Sexo.....	Estado civil.....
Escolaridad.....		Ocupación.....
1.2. MOTIVO DE HOSPITALIZACION:.....		
Número de consultas en los últimos 6 meses.....		
Número de hospitalizaciones en el último año.....		
1.3. Medicamentos que ha tomado en el último mes:		
.....		
1.4. Antecedentes no psiquiátricos:.....		
.....		
1.5. Antecedentes psiquiátricos:.....		
.....		
1.6. Antecedentes psiquiátricos familiares de importancia.....		
.....		
1.7. Si el cuestionario fué contestado en día diferente a la entrevista; como ha sido su estado de salud con relación a ese día.....		
0 - mismo día		
1 - mucho mejor		
2 - ligeramente mejor		
3 - igual		
4 - Ligeramente peor		
5 - Mucho peor		

Pagina: 2

2. SINTOMAS REPORTADOS	
2.1. Síntomas somáticos:	
<input type="checkbox"/> Disnea	<input type="checkbox"/> Pérdida de peso
<input type="checkbox"/> Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Aumento de peso
<input type="checkbox"/> Dolor u opresión precordial	<input type="checkbox"/> Sudoración excesiva
<input type="checkbox"/> Sensación de desmayo	<input type="checkbox"/> Dolor abdominal
<input type="checkbox"/> Mareo	<input type="checkbox"/> Disfunción sexual
<input type="checkbox"/> Paresias	<input type="checkbox"/> Otros, especifique:.....
2.2. Fatiga:	
<input type="checkbox"/> Mañanas	<input type="checkbox"/> Tardes/noches
2.3. Alteraciones en el sueño:	
<input type="checkbox"/> Insomnio inicial	<input type="checkbox"/> Insomnio terminal
<input type="checkbox"/> Insomnio intermedio	<input type="checkbox"/> Hipersomnia
2.4. Irritabilidad:	
<input type="checkbox"/> Selectiva	<input type="checkbox"/> General
2.5. Disminución de la concentración:	
2.6. Animo depresivo:	
<input type="checkbox"/> Mañanas	<input type="checkbox"/> Motivado
<input type="checkbox"/> Tardes/noches	<input type="checkbox"/> Inmotivado
<input type="checkbox"/> Momentáneas	<input type="checkbox"/> Recurrencias
2.7. Ansiedad:	
<input type="checkbox"/> Mañanas	<input type="checkbox"/> Situacional
<input type="checkbox"/> Tardes/noches	<input type="checkbox"/> General
2.8. Fobias:	
<input type="checkbox"/> Agorafobia	<input type="checkbox"/> Fobia social
<input type="checkbox"/> Fobias simples (zoo, claustrofobias)	<input type="checkbox"/> Otras, especifique:.....
2.9. Obsesiones y compulsiones:	
<input type="checkbox"/> Rigidez perfeccionismo e indecisión	<input type="checkbox"/> Actos compulsivos
	<input type="checkbox"/> Ideas obsesivas
2.10. Despersonalización y desrealización:	
<input type="checkbox"/> Desrealización	<input type="checkbox"/> Despersonalización
2.11. Alcoholismo:	
2.12. Uso de drogas:	
2.13. Tabaquismo:	

Pagina: 3

3. ANORMALIDADES MANIFIESTAS:

- 3.1. Lentitud y carencia de espontaneidad.....
1. Actitud y lenguaje normales, responde las preguntas con prontitud, espontaneidad y expresividad.
 2. Hay evidencia de lentitud y/o poca espontaneidad, pero el clínico lo considera como una característica habitual, o carece de significado patológico.
 3. Lentitud y/o falta de espontaneidad en la entrevista atribuibles a enfermedad psiquiátrica y no a una característica habitual.
 4. Fácilmente se aprecia retardo psicomotor atribuible a enfermedad psiquiátrica.
 5. El retardo psicomotor es muy intenso.
(si la calificación es mayor de 2 por favor consigne usted la razón):.....

- 3.2. Defensivo, suspicaz.....
1. Cooperador, amistoso, su comportamiento es normal, durante la entrevista.
 2. Defensivo y desconfiado, se considera una forma habitual de responder o carece de significado patológico.
 3. Evasivo y francamente defensivo, puede preguntar la razón de algunos reactivos.
 4. Susplicacia al grado de obstaculizar en ocasiones la entrevista, demandante y exigente, muestra desconfianza y antagonismo ocasional.
 5. Susplicacia intensa, el sujeto puede manifestar que el entrevistador o alguna parte de la entrevista son para incomodarlo o molestarlo. Puede manifestar ideas delirantes de referencia. Puede rehusar contestar las preguntas, mostrandose hostil.

Si califica 3 o más consigne un ejemplo.....

Pagina: 4

3.3. Histriónico.....

1. Ausencia de manifestaciones histriónicas
2. Aumento de la expresividad de las emociones.
3. LLama la atención hacia si mismo incesantemente
4. Hiperactividad ante estímulos menores.
5. Brotes de enojo irracional, berrinches o conducta marcadamente manipulatoria.

Si se califica 3 o más consigne un ejemplo:.....

3.4. Deprimido.....

1. Ausencia de manifestaciones depresivas.
2. Se muestra triste o apesadumbrado con motivo real o bien, una forma habitual de ser.
3. Muestra tristeza, desesperanza, ensimismamiento, facies de tristeza, misnusvalía.
4. LLora durante la entrevista, facies depresivas , retardo psicomotor, inhibición
5. Presenta facies de depresión, llanto incontrolable, dificultad para concentrarse, severo retardo psico_ motor e inhibición.

Si califica 3 ó mas consigne un ejemplo:.....

3.5. Ansioso, tenso, agitado.....

1. Ausencia de manifestaciones ansiosas, tensión o agitación.
2. La tensión es una característica habitual y es una respuesta favorable a la entrevista.
3. El paciente muestra discreta tensión motora, inquietud, mueve sus manos o las frota, dificultad para relajarse, respiración suspirante, parpadeo frecuente, lenguaje presuroso.
4. Facies de preocupación, gesticulación, inquietud motora, bloqueo, impaciencia, se mueve mucho con distractibilidad.
5. Irritabilidad, brotes emocionales incontrolables, agitación motora, temblor, sudoración, piloerección palidez o ruborización, facies de temor e incluso terror, desmayos.

Si califica 3 o más, consigne un ejemplo:

Pagina: 5

- 3.6. Eufórico, exaltado.....
1. Ausencia total de euforia, y exaltación durante la entrevista.
 2. Entusiasmo como característica habitual, y/o apropiada a las circunstancias del paciente en el momento de la entrevista.
 3. Exaltación leve, eufórico. El juicio del paciente no está alterado.
 4. Exaltación marcada, alteraciones moderadas en el juicio, pensamiento y capacidad introspectiva del paciente. La entrevista presenta dificultades momentáneas.
 5. Severa exaltación, risa contagiosa, chistes, fuga de ideas, alteraciones severas en el juicio.
Si califica 3 o más consigne un ejemplo:

- 3.7. Aplanado, incongruente.....
1. Estado de animo sin incongruencia ni aplanamiento.
 2. Lacónico con respecto a algunos temas afectivos, pero como característica habitual.
 3. Falta de respuesta emocional clinicamente significativa, al discutir temas de importancia o algunas respuestas emocionales incongruentes durante la entrevista.
 4. Falta importante de respuesta emocional, frialdad, desapego, incapacidad para transmitir sentimientos, retracción de contactos afectivos. No muestra preocupación realista acerca del futuro y da respuestas francamente incongruentes.
 5. Ninguna respuesta emotiva adecuada, incongruencia ideoaffectiva severa.
Si califica 3 o más consigne un ejemplo:

Pagina: 6

3.8. Interpretaciones erróneas, trastornos del pensamiento y delirios.

1. Sin anomalías en esta área
2. Creencias excéntricas e interpretaciones erróneas triviales y culturales; aberraciones en la sintaxis no debidas a trastornos del pensamiento.
3. Ideas sobrevaloradas, ideas simples de referencia, errores de juicio evidentes, percepciones delirantes y alteraciones del pensamiento leves como respuesta inadecuada en forma aislada.
4. Delirios: culpa, nihilistas, celotipias y otros que alteran la comunicación en forma momentánea.
5. Delirios severos que afectan la conducta y la comunicación intensamente a lo largo de la entrevista.
Si califica 3 o más, consigne un ejemplo:

3.9. Alucinaciones.....

1. Ausencia de alucinaciones.
2. Experiencias perceptuales no patológicas: hipnagógicas o ilusiones transitorias.
3. Alucinaciones elementales (ej: ruidos de maquinaria)
4. Alucinaciones ocasionales (1 o 2 veces por semana) durante el último mes.
5. Alucinaciones frecuentes (3 o más veces por semana) que afectan intensamente la vida del sujeto, o alucinando durante la entrevista.
Identificar con una "x" el tipo de alucinación:

<input type="checkbox"/> Elementales	<input type="checkbox"/> Auditivas
<input type="checkbox"/> Visuales	<input type="checkbox"/> Olfatorias
<input type="checkbox"/> Otras.....	

 Si califica 3 o más, consigne un ejemplo:.....

Página: 7

3.10. Alteraciones en el intelecto y daño orgánico.....

1. Ausente. No existen alteraciones en el intelecto o daño orgánico.
2. Fallas de memoria no significativa o inteligencia limitrofe, sin evidencia de subnormalidad mental.
3. Daño orgánico leve, dismnesia: Olvida fechas, nombres, no alcanza metas al intentar varias acciones y lo considera como un cambio de su funcionamiento habitual e interfiere discretamente en su desempeño o subnormalidad mental discreta que ha requerido educación especial.
4. Daño orgánico moderado, dismnesia: Incapacitado parcialmente en su funcionalidad habitual y hace esfuerzos para compensar su trastorno de memoria (ejemplo: apuntar las cosas que antes recordaba). Es capaz de recordar algunos cálculos simples en algunos casos, o subnormalidad mental moderada. Tiene problemas en la atención, que pueden ser fluctuantes.
5. Daño orgánico grave. Dismnesia: Está totalmente incapacitado debido a problemas de memoria, orientación y juicio, intensamente afectado, o subnormalidad mental grave.
Si califica 3 o más, consigne un ejemplo:.....
.....

3.11. Excesiva preocupación por las funciones corporales.

1. Sin alteraciones o la preocupación está bien sustentada.
2. El paciente está únicamente preocupado pero no molesto, o existe duda en el entrevistador.
3. Preocupación patológica secundaria a estados de ansiedad, depresión u otros síntomas psicológicos.
4. Grado marcado de preocupación. El paciente habla constantemente de sus síntomas.
5. Se muestra delirante.
Si califica 3 o más, consigne un ejemplo:.....
.....

Página: 8.

3.12. Contenido depresivo del pensamiento.....

1. Ausencia de pensamientos depresivos.
2. Tendencia pesimista no patológica.
3. Pensamiento depresivo patológico leve (autodepreciación, culpa y desesperanza).
4. Ideas depresivas intensas y frecuentes (autodepreciación, culpa, pueden presentarse ideas suicidas estructuradas, rumiación persistente de que todo termine o desesperanza severa).
5. Contenidos delirantes depresivos: Nihilistas, culpa y autodevaluatorios. Intentos de suicidio.

Identifique con una x el tipo de contenido depresivo

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Autodepreciación | <input type="checkbox"/> Ideas suicidas |
| <input type="checkbox"/> Culpa patológica | <input type="checkbox"/> Actos suicidas. |
| <input type="checkbox"/> Desesperanza | |

Si califica 3 o más, consigne un ejemplo:

.....

4. IMPRESIONES DIAGNOSTICAS:

4.1. Confiabilidad de la información.....

1. Buena.
2. Regular.
3. Pobre.

4.2. Porcentaje de severidad.....

4.3. Diagnóstico.

codigo
(CIE-9)

Principal.....	_____
Asociado.....	_____
Rasgos de personalidad.....	_____
.....	_____

Página: 9

4.4. Total global de severidad.....
1. Sujeto asintomático en su dimensión mental.
2. Presenta alteraciones emocionales o psicológicas pero no ameritan tratamiento psiquiátrico por que no son suficientemente intensas o se confunden con una estructura caracterológica.
3. Sintomatología moderada, no complicada, requiere ayuda en consulta externa.
4. Necesita ayuda psiquiátrica forzosamente en consulta externa; e incluso podría beneficiarse con internamiento, aunque no es indispensable.
5. El sujeto requiere hospitalización psiquiátrica forzosamente.
4.5. Nombre del entrevistador.....
Observaciones.....
.....

VALORACION DE CALIDAD DE VIDA (SPITZER)

(A los pacientes se les instruirá personalmente para ayudarles a contestar este cuestionario).

1. ¿ Se siente usted deprimido, triste ?
-Nunca.....Continuamente-
2. ¿ Puede resolver bien sus problemas de la vida diaria ?
-No bien.....Muy bien-
3. ¿ Piensa usted mucho en su enfermedad ?
-Constantemente.....Nunca-
4. ¿ Puede usted divertirse o distraerse como antes ?
-Sí.....No-
5. ¿ Como se siente hoy ?
-Muy mal.....Muy bien-
6. ¿ Puede realizar algunas tareas de su casa ?
-Sí.....No-
7. ¿ El tratamiento ha afectado de alguna manera a las personas que lo rodean ?
-No.....Mucho-
8. ¿ Se siente pesimista ?
-Nunca.....Siempre-
9. ¿ Está satisfecho con su trabajo y quehaceres desde que empezó el tratamiento ?
-Sí.....No-
10. ¿ Se siente mal el día de hoy ?
-No.....Mucho-
11. ¿ Ha tenido visitas o ha visitado amistados o familiares ?
-No.....Sí-
12. ¿ Disfruta de esas visitas ?
-Nada.....Mucho-
13. ¿ Está preocupado o tiene miedo por su futuro ?
-Constantemente.....No tengo miedo-
14. ¿ Tiene dolor ?
-Sí.....No-
15. ¿ Tiene confianza en el tratamiento ?
-No.....Sí-
16. ¿ Como cree que sea su apariencia personal ?
-Muy mala.....Muy buena-

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLINICA:

México D.F. a ___ de _____ de 1993.

Por medio de la presente, acepto participar en el proyecto de investigación titulado _____

registrado ante el Comité Local de Investigación con el número _____. El objetivo de este estudio es _____

Se me ha explicado que mi participación consistirá en _____

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes: _____

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio, y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente _____

Nombre, firma y matricula del investigador principal _____

Testigo _____

Testigo _____

XVI. DIFUSION DE RESULTADOS:

La difusión de los resultados de esta investigación, será realizada en los Congresos de Medicina Interna, Nefrología, Psiquiatría y/o publicaciones médicas posibles.

La trascendencia que deberá tener el presente estudio, es principalmente ayudar en el manejo de la insuficiencia renal crónica (IRC), tomando en cuenta las alteraciones psiquiátricas observadas, para proporcionar un manejo integral multidisciplinario al paciente en diálisis peritoneal intermitente (DPI).

XVII. RESULTADOS:

La población de estudio, estuvo constituida por 40 individuos, de los cuales, 20 fueron casos de insuficiencia renal crónica (IRC) en programa de diálisis peritoneal intermitente (DPI), y 20 fueron controles, obtenidos de la misma población de donde se tomaron los casos.

Del total de pacientes, el grupo de edad predominante fue el de 40 a 59 años, con 45 % (gráfica 1), y la media de la edad fué de 48 años, siendo del sexo masculino el 75 % de la población total (gráfica 2).

Con respecto a la actividad económica de la población estudiada, la mayoría (25 %) son pensionados, y le siguen desempleados (12.5 %) (gráfica 3).

En cuanto al estado civil, el 60 % de la población total son casados (gráfica 4).

El 97.5 % son alfabetas, y la mayoría de ellos, cuenta con escolaridad básica (gráfica 5).

En lo que se refiere a la Calidad de Vida, el 60 % de la población total estudiada cuenta con una buena calidad de vida, y solo el 2 % tiene una calidad de vida deficiente (gráfica 6). Asociando esta con los grupos estudiados, se observó que del grupo control, 20 sujetos tienen una buena calidad de vida, y del grupo con IRC, la mayoría (15 pacientes) tienen una calidad de vida regular, y solo un paciente tiene una deficiente calidad de vida (gráfica 7), con una χ^2 de 26.6, y un valor de $p < 0.002$.

Finalmente en cuanto a los trastornos psiquiátricos, el 47.5 % de la población total no tuvo ningún trastorno y el

30 %, presentó una reacción depresiva breve (gráfica 8). Asociando estos trastornos con IRC, encontramos que 11 de los pacientes con IRC, presentaron reacción depresiva breve, contra un solo paciente del grupo control que presentó esta, con una χ^2 de 27.18 y un valor de $p < 0.002$. El sexo no presentó asociación con el trastorno psiquiátrico, no así para la calidad de vida, ya que en hombres parece ser mejor esta.

XVIII. CONCLUSIONES:

Los datos reportados en este estudio, muestran que existe un notable deterioro en la calidad de vida de los pacientes con IRC en DPI, comparado con los sujetos del grupo control (sin IRC), siendo estos resultados similares a los publicados previamente obtenidos por medio de la escala de Karnofsky, escala de estimación media de Simons e incluso con índice de Spitzer (ref: 11-14).

Analizando la prevalencia de trastornos mentales en ambos grupos, observamos que hay una diferencia estadísticamente significativa en la presentación de alteraciones mentales en el grupo con IRC en DPI, siendo los trastornos más frecuentes en este grupo: Reacción depresiva breve (55 %) y reacción depresiva prolongada (25 % de los casos); estos resultados son diferentes a los reportados previamente en la literatura (ref: 6,7,9), en la cual no hay diferencias estadísticamente significativas.

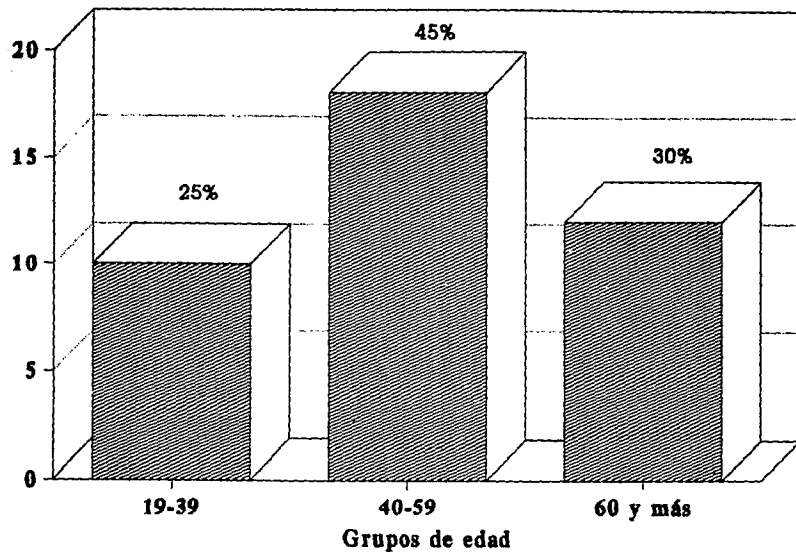
Como causas probables del deterioro en la calidad de vida, y mayor prevalencia de trastornos mentales (reacción depresiva breve y prolongada), cabe destacar el deterioro físico que sufren los pacientes, pérdida de capacidad sexual y pérdida de autonomía, así como falta de adaptación psicológica a la IRC y al tratamiento que esta implica.

Como principal consecuencia de las alteraciones observadas en el grupo de pacientes con IRC en programa de DPI, observamos falta de adherencia terapéutica manifestada en la mayoría de los pacientes por transgresiones dietéticas, medicamentosas, inasistencia a eventos dialíticos programados y escaso interés

en programas de apoyo a pacientes crónicos. No fué el objetivo de este trabajo medir la relación de los trastornos mentales con la falta de adherencia terapéutica, sin embargo consideramos que hay una relación directamente proporcional entre estas.

Finalmente dada la mayor prevalencia de trastornos mentales y deterioro en la calidad de vida observados en los pacientes con IRC en DPI, deberá tomarse en cuenta el aspecto psicológico de estos pacientes para identificar en forma temprana alteraciones mentales, y proporcionarles a los pacientes que lo requieran atención psiquiátrica oportuna.

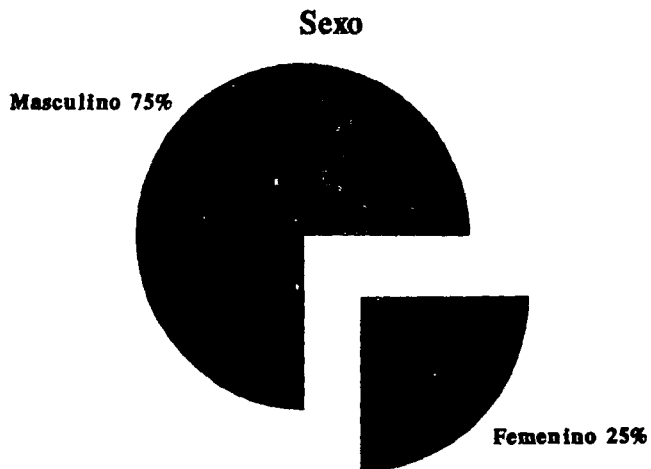
CALIDAD DE VIDA Y TRANSTORNOS MENTALES EN PACIENTES CON I.R.C.



Fuente: E.F.M.

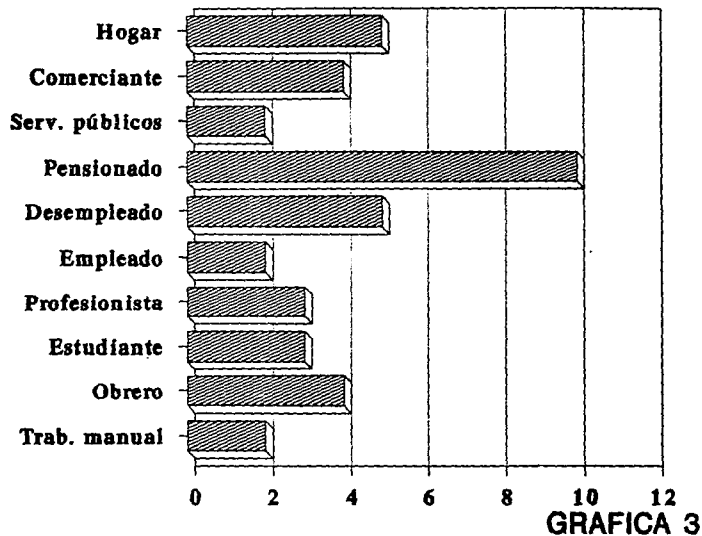
GRAFICA 1

CALIDAD DE VIDA Y TRANSTORNOS MENTALES EN PACIENTES CON I.R.C.



CALIDAD DE VIDA Y TRANSTORNOS MENTALES EN PACIENTES CON I.R.C.

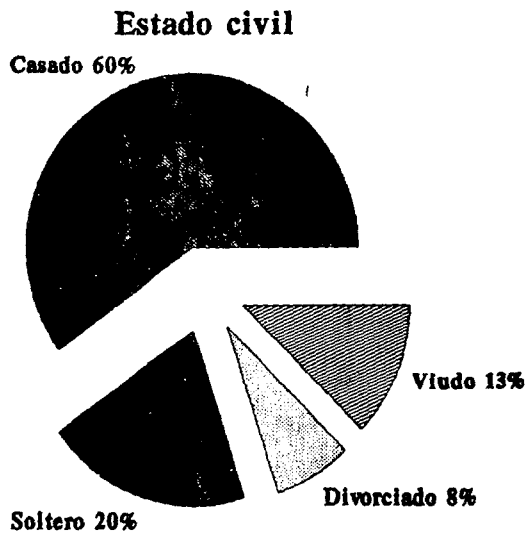
Actividad económica



Fuente: S.P.M.

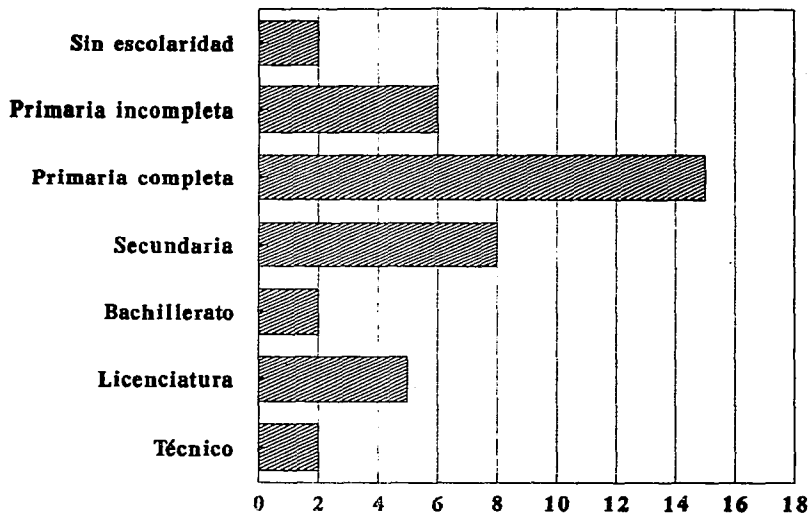
ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA
39

CALIDAD DE VIDA Y TRANSTORNOS MENTALES EN PACIENTES CON I.R.C.



CALIDAD DE VIDA Y TRASTORNOS MENTALES EN PACIENTES CON I.R.C.

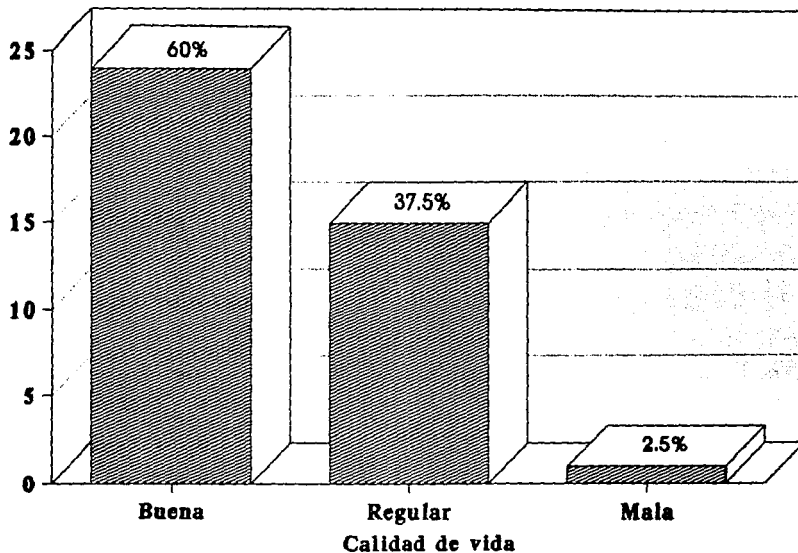
Escolaridad



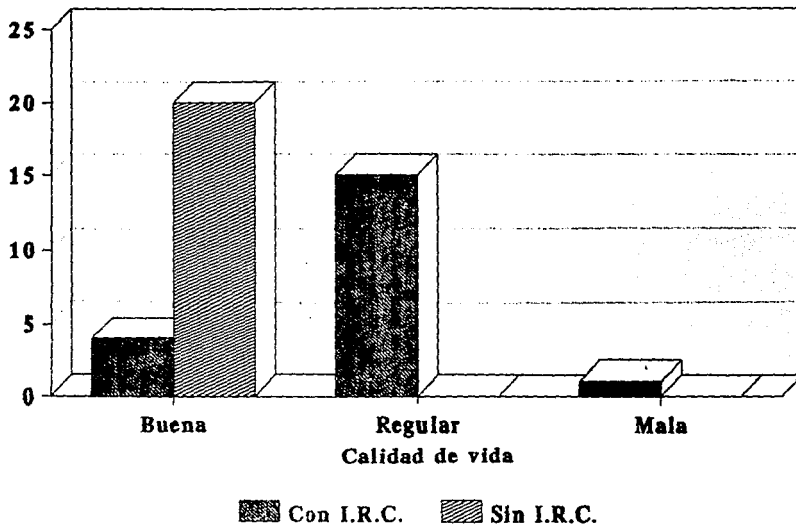
Fuente: E.P.M.

GRAFICA 5

CALIDAD DE VIDA Y TRASTORNOS MENTALES EN PACIENTES CON I.R.C.



CALIDAD DE VIDA Y TRANSTORNOS MENTALES EN PACIENTES CON I.R.C.

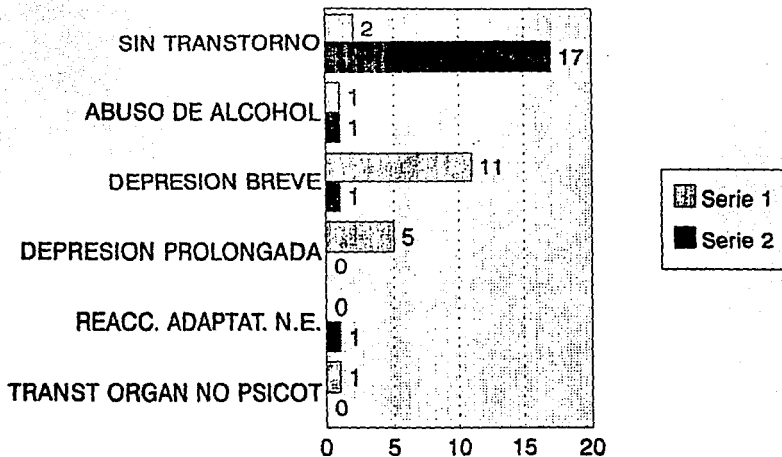


Fuente: E.P.M.

GRAFICA 7

3

CALIDAD DE VIDA Y TRANSTORNOS MENTALES EN IRC



FUENTE E.P.M.
SERIE 1 - IRC
SERIE 2 - CONTROL

GRAFICA 8

XVII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1.- Brenner BM, Lazarus JM: CHRONIC RENAL FAILURE, in Wilson JD, Braunwald E, Isselbacher KJ, et al.: Harrison's, Principles of Internal Medicine: Mc Graw Hill. 1991:1150-6.
- 2.- Norman BL: CHRONIC RENAL DISEASE, DIALYSIS, AND TRANSPLANTATION. Stoudemire A, Fogel BS. Principles of Medical Psychiatry. Grune & Stratton, Inc. 1987:583-615.
- 3.- Adams RD: GRIEF, REACTIVE DEPRESSION, ENDOGENOUS DEPRESSION, MANIAC DEPRESSIVE DISEASE, AND HIPOCHONDRIASIS. In Adams RD, Victor M. Principles of Neurology. Mc Graw Hill. 1989:1204-18.
- 4.- Ned H, Cassem MD. HEMODIALYSIS AND RENAL TRANSPLANTATION. in Med H. Cassen MD. Massachusetts General Hospital, Handbook of General Hospital Psychiatry. 1992; 401-30.
- 5.- Bennett WM, Singer I, Coggins CJ. A GUIDE TO DRUG THERAPY IN RENAL FAILURE. JAMA 1974;230:1544-55.
- 6.- Relman AS, Drummond RD. FREE HUT NOT EQUAL TREATMENT OF END-STAGE RENAL DISEASE. N Engl J Med 1980;303:446-8.
- 7.- Lee TL, Ruggiero L, Brandley JP. HEALTH LOCUS OF CONTROL AND PSYCHOPATHOLOGY IN 90 HEMODIALYSIS PATIENTS. Dialysis & Transplantation 1993; 22 : 142-6.
- 8.- Levenson JL. PSYCHOSOCIAL INTERVENTIONS IN CHRONIC MEDICAL ILLNESS. Gen Hosp Psychiatry 1992;14:43-9s.
- 9.- Helz JW, Templeton B. EVIDENCE OF THE ROLE OF PSYCHOSOCIAL FACTORS IN DIABETES MELLITUS, A REVIEW. Am J Psychiatry 1990;10:1275-81.
- 10.- Cassileth BR, Lusk EJ, Strouse TB, et al. PSYCHOSOCIAL STATUS IN CHRONIC ILLNESS. N Engl J Med 1989;311:506-11.

- 11.- Kutner NG, Brogan D, Kieiding B. et al. OLDER RENAL DIALYSIS PATIENTS AND QUALITY OF LIFE. Dialysis & Transplantation 1991;20:171-5.
- 12.- Wolcott DL, Nissenson AR, Landverk J. QUALITY OF LIFE IN CHRONIC DIALYSIS PATIENTS. Gen Hosp Psychiatry 1988;10:267-77.
- 13.- Evans RW, Manninen DL, Garrison LP. et al. THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH END STAGE RENAL DISEASE. N Engl J Med 1985; 312:553-9.
- 14.- Spitzer W. STATE OF SCIENCE: QUALITY OF LIFE AND FUNCTIONAL STATUS AS TARGET VARIABLES FOR RESEARCH. J Chronic Dis 1987;40:465-71.
- 15.- Campillo SC, Caraveo AJ, Mora ME. et al. CONFIABILIDAD ENTRE CLINICOS UTILIZANDO LA ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA ESTANDARIZADA DE GOLDBERG EN UNA VERSION MEXICANA. Acta Psiquiatr. Psicol. Amer. Lat. 1981;27:44-53.