

11241 2
24.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

ANSIEDAD Y DEPRESION EN ADULTOS CON TRASPLANTE DE MEDULA OSEA

DR. FERNANDO GUADALUPE AMAYA AYALA



T E S I S
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

1997



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 esta 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.

TUTOR:

Dr. Juan Manuel Saucedá García
Teórico y Metodológico

AGRADECIMIENTOS

DR. JOSE GONZALEZ LLAVEN
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE HEMATOLOGIA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL "LA
RAZA" I.M.S.S.

DR. RENATO ILLESCAS RICO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL "LA
RAZA" I.M.S.S.

T.S.P. MARTHA ELENA CABALLERO MENDEZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"
I.M.S.S.

DR. JORGE VELA OJEDA
ASESOR ESTADISTICO DEL DEPARTAMENTO DE BIOESTADISTICA
DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA DEL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"
I.M.S.S.

POR SU VALIOSA COLABORACION

DEDICATORIA

**A TI:
RAZON DE MI EXISTIR**

EL EXITO COMIENZA CON LA VOLUNTAD

*Si piensas que estás vencido, lo estás;
si piensas que no te atreverás, no lo harás;
si piensas que te gustaría, pero que no puedes,
es casi seguro que no lo lograrás.*

*Si piensas que vas a perder, ya has perdido,
porque en el mundo encontrarás
que el éxito empieza con la voluntad,
todo está en el estado mental.*

*Muchas carreras se han perdido
antes de haberse corrido,
y muchos cobardes han fracasado
antes de haber su trabajo empezado.*

*Piensa en grande y tus hechos crecerán,
piensa en pequeño y quedarás atrás,
piensa que puedes y podrás,
todo está en el estado mental.*

*Si piensas que estás aventajado, lo estás;
tienes que pensar bien para elevarte,
tienes que estar seguro de ti mismo,
antes de ganar un premio.*

*La batalla de la vida no siempre la gana
el hombre más fuerte o el más ligero,
porque tarde o temprano, el hombre que gana,
es aquel que cree poder hacerlo.*

Napoleón Hill.

VICTORIA PARA QUIENES PERSEVERAN

Iniciar una obra es una cosa relativamente fácil, basta con avivar un poco la lumbre del entusiasmo.

Perseverar en ella hasta el éxito, es cosa diferente; eso ya es algo que requiere continuidad y esfuerzo.

Comenzar está al alcance de los demás, continuar, distingue a los hombres de carácter.

Por eso la médula de toda obra grande—desde el punto de vista de su realización práctica— es la PERSEVERANCIA, virtud que consiste en llevar las cosas hasta el final.

Es preciso, pues, SER PERSEVERANTE, formarse un CARACTER no sólo un intrépido, si no persistente paciente, inquebrantable.

Sólo eso es un CARACTER.

El verdadero carácter no conoce más que un lema: LA VICTORIA.

Y sufre con valor, con serenidad y sin desaliento, la más grande de las pruebas: LA DERROTA.

La lucha tonifica el espíritu, pero cuando falta carácter, la derrota lo reprime y desalienta. Hemos nacido para luchar.

Las más grandes VICTORIAS corresponden siempre a quienes se preparan, a quienes luchan y a quienes PERSEVERAN.

Anónimo.

INDICE

	Página
Introducción	1
Justificación	5
Planteamiento del Problema	6
Hipótesis	7
Objetivos	8
Sujetos, Material y Métodos	9
Identificación de variables	10
Selección de Pacientes	11
Metodología	12
Análisis de Datos	16
Consideraciones Éticas	17
Recursos Humanos y Financieros	18
Resultados	19
Conclusiones	32
Gráficas	33
Anexos	59
Bibliografía	74

INTRODUCCION

Desde el inicio de la década de los 50 s. el trasplante de órganos ha dejado de ser un simple procedimiento experimental para conformarse como un tratamiento aceptado para diversas enfermedades. Destacan los trabajos pioneros de Hume en trasplante renal en 1954, con donadores cadavéricos, y otros realizados por Evans y colaboradores con pacientes trasplantados de riñón y pacientes dializados en los que se encontró un mejor ajuste y calidad de vida, además de un fuerte impacto psicológico en los pacientes y sus familias (1).

En México en 1963 se inicia el trasplante renal de donador vivo relacionado y se utilizan distintos fármacos inmunosupresores tales como la 6-mercaptopurina. Al año siguiente apareció en nuestro país la azatioprina, que en combinación con prednisona fueron utilizadas por casi tres décadas. Posteriormente se desarrolló el programa de trasplante de córnea, gracias a la apertura medico legal que en forma paulatina ha ido progresando. Se puede contemplar el gran futuro que existe para el trasplante de páncreas, ya sea sólo o combinado con riñón, hígado, glándula suprarrenal, corazón o pulmón. Los trasplantes se han ido incrementando en los últimos años con el advenimiento de nuevas técnicas inmunosupresivas, quirúrgicas y de cuidados intensivos. Paralelamente se ha observado un aumento en el interés sobre la posible influencia que tienen los factores psicológicos en el curso y pronostico de estas enfermedades, por lo que ha sido necesario la formación de equipos multidisciplinarios con la inclusión de psiquiatras, trabajadores sociales y otros profesionales relacionados con la salud mental para proporcionar un adecuado apoyo emocional a los pacientes y a sus familias.

El trasplante de médula ósea (TMO) quizá constituye el proceso terapéutico más riguroso en cuanto a medidas de higiene, aislamiento y ha sido reconocido como un tratamiento alternativo para ciertos trastornos hematológicos y oncológicos como son : las leucemias y los linfomas. Actualmente está siendo evaluado en diversos estudios clínicos en adultos con sarcomas, melanomas y cáncer de mama entre otros. El Programa de Trasplante de Médula Ósea (TMO) se inició en el Hospital General del Centro Médico Nacional por el Dr. Morales

Polanco y más tarde con éxito definitivo en el Instituto Nacional de Nutrición por el Dr. Sosa; desde 1989 el Dr. González Llaven realiza trasplantes de médula ósea (TMO) en el Centro Médico Nacional La Raza del IMSS con gran éxito.

De acuerdo a las estadísticas del Registro Nacional de Trasplantes se han realizado 147 trasplantes de médula ósea de 1992 a 1994, en diferentes centros hospitalarios.

Actualmente hay en el mundo alrededor de 260 centros de trasplantes, que han reportado un total de 11 000 trasplantes alogénicos y singénicos entre 1985 y 1987: para leucemia el 73 %, para anemia aplásica severa 9%, otras enfermedades malignas 11%, enfermedades por deficiencia inmunitaria 3%, para talasemia mayor 2%, para enfermedades metabólicas y genéticas el 2%. En total en los últimos 10 años se han realizado 40 000 trasplantes (2, 3, 4, 5, 6, 7).

Aunque el trasplante de médula ósea es ahora un método de tratamiento viable, no se pueden minimizar sus consecuencias físicas y psíquicas como son: toxicidad gastrointestinal (náuseas , vómito, diarrea , fiebre, mucositis), enfermedad injerto contra huésped (EICH), trastornos psiquiátricos, etc. Colón y colaboradores reportaron en 1991 a 100 pacientes estudiados entre 1980 y 1987 y que fueron sometidos a trasplante de médula ósea alogénico con leucemia aguda. Ellos utilizaron los criterios diagnósticos del DSM III para ansiedad y depresión y encontraron que los estados de ánimo afectaban la adecuada evolución del trasplante. De estos pacientes 65 % eran hombres y 35 % mujeres, con edad promedio de 30 años, de los cuales 79 no tuvieron un diagnóstico psiquiátrico, 8 presentaron trastornos de adaptación, 3 tenían síndromes orgánicos afectivos, 1 depresión mayor; el resto presentaron otro tipo de trastornos psiquiátricos (8).

Rodríguez y colaboradores estudiaron en 1993 a 40 pacientes candidatos a trasplante de médula ósea. Utilizaron el Inventario para Depresión de Beck (BDI) y encontraron síntomas moderados a severos de depresión en 8 (20 %) pacientes, también aplicaron el Inventario de Rasgos de Estado para Ansiedad (STAI) en 46 pacientes, de los cuales en 15 (33 %) ansiedad de intensidad moderada a severa (5).

Jenkins y cols. realizaron un estudio en 40 pacientes con diversas enfermedades hematológicas. Valorados en etapa pretrasplante y postrasplante, se les aplicó la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HADS). Hubo una supervivencia a los seis meses de 32 pacientes, de los cuales 10 (31%) reunieron criterios para trastorno de ansiedad generalizada y 5 (18 %) para trastorno depresivo mayor . Los diagnósticos de ansiedad y depresión estuvieron asociados a un mal pronóstico (9).

En pacientes con cáncer se pueden tener dificultades para diagnosticar la depresión, ya que pueden presentar desde signos neurovegetativos hasta síntomas atribuibles a depresión por enfermedad médica. En un estudio de 62 pacientes oncológicos se aplicaron los criterios diagnósticos del DSM III y 42 pacientes reunían criterios de depresión mayor : 24 % severa y 18 % moderada. El resto no cumplieron criterios para depresión mayor (10).

El trasplante de médula ósea (TMO) alogénico es un tratamiento cada vez más frecuente en los pacientes con leucemia y otros trastornos de la médula ósea. La gran mayoría de los trasplantes en adultos se hace en la primera remisión, el procedimiento es traumático y está asociado a una alta morbimortalidad. Los índices a largo plazo libres de enfermedad para leucemia aguda no linfoblástica es de 3 a 5 años con un rango de supervivencia del 45 % y un rango de recaídas del 15 %. En leucemias linfoblásticas agudas en primera remisión corresponden a un rango de supervivencia del 60 % y un 15% con riesgo de recaída. Actualmente el trasplante alogénico tiene su mayor indicación en la leucemia mieloblástica crónica con un reporte de 4 años libres de enfermedad y una supervivencia del 50 %, con riesgo de recaída del 12 % cuando se lleva a cabo en la fase crónica de la enfermedad (8).

En el trasplante autólogo de médula ósea se utiliza la médula del propio paciente durante su remisión. Este se ha convertido en el tratamiento de elección para pacientes con mayor edad y que no tienen un hermano pareado genéticamente . Este cambio relativamente reciente en la práctica médica ha reducido la enfermedad severa y la muerte previamente asociada a la enfermedad injerto contra huésped (EICH) (11).

A la luz de la creciente popularidad de los trasplantes de médula ósea, sus complicaciones psicológicas y psiquiátricas están empezando a recibir atención empírica. Varios autores han estudiado la calidad de vida de los pacientes después de los trasplantes exitosos; sin embargo, hay pocos estudios que se refieran al estado psicológico o psiquiátrico de los candidatos a trasplante de médula ósea. Esta ausencia de datos es sorprendente considerando la respuesta del paciente al aislamiento, dolor, reacciones del injerto contra el huésped (EICH), cambios en la apariencia física, retraso en la aceptación del injerto, la muerte de otros pacientes sometidos al mismo procedimiento y el miedo a la propia muerte. Las complicaciones neuropsiquiátricas potenciales incluyen delirium, cambios cognitivos o demencia, así como trastornos afectivos. Entre estos la depresión en candidatos pretrasplante es 2 al 16 % y la ansiedad del 2 al 14 %.

Wolcott y cols. notaron la necesidad de atender los aspectos psiquiátricos y psicosociales después del trasplante y además sugieren que 15 al 20 % de los receptores sobrevivientes se benefician con la intervención psicológica o psiquiátrica.

Hay datos sugestivos de que los factores psiquiátricos y psicosociales afectan el resultado del trasplante de médula ósea en pacientes con leucemia aguda, sobre todo en personas con estado de ánimo depresivo. Este interfiere con las conductas que facilitan la recuperación o disminuye el cumplimiento de la adherencia al tratamiento y el autocuidado, hay cambios neuroendócrinos e inmunológicos que producen impacto en el devenir del trasplante. En forma alterna, el ánimo depresivo puede ser el resultado directo de cambios secundarios a la enfermedad primaria y representa un marcador de la severidad de la enfermedad (12, 13, 14).

En nuestro medio desconocemos si se presentan síntomas de ansiedad y depresión en pacientes sometidos a trasplante de médula ósea, por lo que el propósito de este trabajo es determinar la frecuencia de estos síntomas haciendo una evaluación en cada una de sus diferentes etapas.

JUSTIFICACION

La presencia de ansiedad y depresión en los pacientes sometidos a trasplante de médula ósea es una variable que influye en el resultado. Un buen manejo de esta sintomatología beneficia al receptor en las etapas pretrasplante, trasplante y postrasplante. Se reduce el número de días de internamiento y los reingresos, al ayudar a los pacientes y sus familiares para resistir la crisis de este procedimiento. Se justifica así estudiar la influencia del estado anímico (ansiedad y depresión), sobre la evolución y pronóstico del trasplante de médula ósea.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de ansiedad y depresión en el receptor, sometido a trasplante de médula ósea, en sus diferentes etapas?

HIPOTESIS

La prevalencia de ansiedad y depresión se encuentran en rangos patológicos en las diferentes etapas del trasplante de médula ósea

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia con que se presenta la ansiedad y depresión en el receptor de trasplante de médula ósea.

Evaluar si la prevalencia de ansiedad y depresión es diferente en las etapas del trasplante de médula ósea.

SUJETOS, MATERIAL Y METODOS

Diseño del estudio:

Se trata de un estudio de tipo prospectivo, longitudinal, observacional y comparativo.

Universo de trabajo.

El estudio se efectuó en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "La Raza", en las áreas de hospitalización y consulta externa de los servicios de Hematología y Psiquiatría.

Se incluyó a todos los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión del protocolo de trasplante de médula ósea, previa aprobación del comité de trasplantes de dicho hospital. El estudio se llevó al cabo en el periodo comprendido del 1o. de noviembre de 1994 al 30 noviembre de 1995.

IDENTIFICACION DE VARIABLES

- Variable independiente:* Pacientes trasplantados de médula osea.
- Variable dependiente :* Ansiedad y depresión medidas mediante las escalas de Hamilton para ansiedad y de Beck para depresión.
- Variable de confusión :* Otros trastornos psiquiátricos (demencia, delirium)

SELECCION DE PACIENTES

Criterios de inclusión. Todo paciente en protocolo de trasplante de médula ósea de tipo alógeno, autólogo o singénico. Sujetos que aceptaron participar en el estudio, que supieran leer y escribir, de cualquier sexo.

Criterios de exclusión. Deseo del paciente de salir del estudio, cambio de residencia del paciente al extranjero, analfabetas, pacientes con otros trastornos psiquiátricos diferentes a los trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y trastornos adaptativos.

METODOLOGIA

La captación de los pacientes se realizó durante las juntas del Comité de Trasplante de Médula Osea de cada lunes a las 11:00 hrs. que se llevan a cabo en el aula de Hematología del 3er. piso del Hospital de Especialidades CMNR. Estas reuniones tienen el objeto específico de determinar qué pacientes son aprobados por el Comité de Trasplantes. Posteriormente se hizo la revisión del expediente clínico con el fin de conocer el diagnóstico de base, pronóstico y tratamientos anteriores para tener una visión panorámica del caso. Se citó al paciente a una entrevista psiquiátrica inicial para investigar los criterios diagnósticos específicos de trastornos de ansiedad (anexos 3,4), trastornos del estado animo (anexos 5,6,7) y trastornos adaptativos (anexo 8) del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 4a. edición.(DSM-IV). Además se aplicaron dos instrumentos de medición : el de Beck y el de Hamilton. Antes de iniciar la entrevista se solicitó al sujeto que contestase el Inventario para Depresión de Beck (16), el cual consta de 21 items y mide los diferentes estados de ánimo relacionados con depresión y es exacta en el grado de intensidad de la misma, dicha escala es autoaplicable.

Cada pregunta del cuestionario contiene cuatro posibles respuestas, con una puntuación que va de 0 para la primera respuesta hasta 3 puntos para la cuarta respuesta., con un máximo de puntuación de 63 (anexo 1).

La calificación de la escala de Beck es como sigue :

<i>Puntuación Total</i>	<i>Niveles de Depresión</i>
1-10	Ausente
11-14	Depresión Leve
15-30	Depresión Moderada
31-40	Depresión Grave
Más de 41	Depresión Extrema

Debido al número de pacientes fue necesario utilizar para el análisis estadístico un punto de corte de 11 para determinar la ausencia o presencia de depresión(19)

La escala de ansiedad de Hamilton (15) consta de 14 ítems correspondientes a un grupo de síntomas psiquiátricos y físicos (humor, tensión, temores, insomnio, funciones intelectuales, humor depresivo, síntomas somáticos generales, síntomas cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales, genitourinarios, del sistema nervioso autónomo), y una variable que consiste en el actitud que toma el paciente durante la entrevista (anexo 2).

El sistema de calificación se basa en el siguiente código :

- 0 = Ausente
- 1 = Leve
- 2 = Moderado
- 3 = Severo
- 4 = Muy severo, altamente incapacitante

Debido al número de pacientes se decidió utilizar en el análisis estadístico un punto de corte de 18 para determinar la ausencia o presencia de ansiedad(17,18)

Esta escala fué aplicada por el tesista

La valoración del estado afectivo y las escalas se aplicaron en 5 etapas: Primera entrevista, pretrasplante (día -1), postrasplante (día +21 \pm 7), egreso hospitalario (día + 30 \pm 10) y tres meses después del trasplante (día +90 \pm 10) (ver esquema).

Estas mismas escalas se aplicaron en el paciente que tuvo complicaciones o recaídas y que ameritaron nuevamente el ingreso al hospital, durante el lapso comprendido del 1o de Noviembre de 1994 al 30 de Noviembre de 1995. Tiempo programado para llevar a cabo este estudio, ambas escalas han sido utilizadas en México (17,18,19)

TRASPLANTE DE MEDULA OSEA AUTOLOGO - ALOGENICO

ETAPAS ESQUEMA

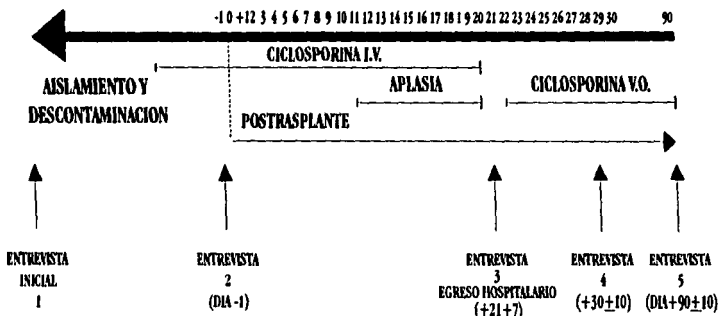
PRETRASPLANTE

PERIODO DE ACONDICIONAMIENTO

TRASPLANTE
DIA

ALTA HOSPITALARIA

1 SEMANA APROX.



Los pacientes se evaluaron en 5 ocasiones: entrevista inicial, pretrasplante (día 1), postrasplante (día +27 ± 7), egreso hospitalario (día +30 ± 10) y tres meses después del trasplante, (día +90 ± 10).

El procedimiento se lleva a cabo el día 0, y aproximadamente una semana antes, se inicia el período de acondicionamiento a base de quimioterapia a dosis altas, lo que implica aislamiento y descontaminación; a partir del día +1 se considera etapa de postrasplante donde se lleva a cabo tratamiento con ciclosporina los primeros 20 días por vía intravenosa y posteriormente por vía oral, es importante señalar que los pacientes entran en período de aplasia medular entre el 5º y el 10º día, donde se administran antibióticos, de la que se recupera alrededor del día +15 a +20.

ANALISIS DE DATOS

El análisis es descriptivo y evalúa la presencia de ansiedad y depresión, antes del trasplante y después del mismo, utilizando datos netos y porcentajes, se hizo un análisis comparativo entre estas dos medidas con el pronóstico del trasplante mediante las pruebas estadísticas de χ^2 y exacta de Fisher.

CONSIDERACIONES ETICAS

Se solicitó por escrito el consentimiento del paciente. (anexo 9)

Se siguieron las normas de la Declaración de Helsinki adoptada por la 18a Asamblea Médica Mundial en 1964, revisada en la 29a. Asamblea Médica Mundial en Tokio, Japón en 1975 y por la 35a Asamblea Médica Mundial en Venecia, Italia en 1983 enmendada en la 41a. Asamblea Médica Mundial en Hong Kong, en septiembre de 1989.

Para la inclusión de cada paciente fue requisito indispensable haber sido aceptado por el Comité de Trasplantes del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza".

El investigador responsable y los asociados firmaron una copia del protocolo.

La información de cada paciente se llevó por medio de registros internos.

RECURSOS HUMANOS, FISICOS Y FINANCIEROS

Recursos humanos: el entrevistador

Recursos materiales : impresos suficientes para los pacientes y área física adecuada para su aplicación.

Recursos financieros : no requeridos

RESULTADOS

La distribución de los pacientes por diagnóstico y sexo se observa en el cuadro 1.

De los 26 pacientes sometidos a trasplante de médula ósea (TMO), 8 (30%) corresponden a trasplante de tipo autólogo y 18 (70%) alogénico, de los cuales 14 fueron del sexo masculino: 7 (50%) para TMO autólogo y 7 (50%) para TMO alogénico. Del sexo femenino fueron 12 pacientes, 1 (8%) con TMO autólogo y 11 (92%) con TMO alogénico.

El promedio de edad global de los pacientes con trasplante autólogo fue de 31.62 años con una desviación estándar (D.E.) de ± 6.67 años; y para el trasplante alogénico el promedio fue de 30.27 años con una D.E. de ± 9.79 años.

En los casos de TMO autólogo el promedio de edad en los varones fue de 31.57 años, D.E. de ± 7.21 años; del sexo femenino sólo hubo una paciente de 32 años de edad.

Por lo que respecta al TMO alogénico, en los varones el promedio de edad fue de 33.57 años, D.E. de ± 10.51 años; y en las mujeres el promedio de edad fue de 28.18 años, D.E. de ± 9.22 años.

En el cuadro 2 se presentan algunas variables sociodemográficas consideradas en el estudio.

DISTRIBUCION POR DIAGNOSTICO Y SEXO

CUADRO 1

DIAGNOSTICO	MASC.	%	FEM.	%	TOTAL
Linfoma No Hodking (LNH)	4	15.38	1	3.84	5
Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA)	1	3.84	2	7.69	3
Mieloma Múltiple (MM)	2	7.69	1	3.84	3
Leucemia Granulocítica Crónica (LGC)	4	15.38	5	19.25	9
Leucemia Mieloblástica Aguda (LMA)	1	3.84	3	11.55	4
Linfoma Hodking (LH)	2	7.69	0	0	2
Total	14	53.82	12	46.18	26

26 casos

**DESCRIPCION DE LA MUESTRA SEGUN LAS
VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS (N=26)**

CUADRO 2

VARIABLE	CARACTERISTICAS	N	0%
LUGAR DE NACIMIENTO	D.F. Y ZONA METROPOLITANA	16	62
	PROVINCIA	10	38
SEXO	MASCULINO	14	54
	FEMENINO	12	46
EDAD	17-20	4	15
	21-30	10	38
	31-40	9	35
	41-50	3	12
ESTADO CIVIL	SOLTERO	8	31
	CASADO	18	69
OCUPACION	EMPLEADO	10	38
	PROFESIONISTA	4	15
	HOGAR	7	27
	ESTUDIANTE	3	12
	PENSIONADOS	2	8
ESCOLARIDAD	SECUNDARIA	10	38
	C. COMERCIAL	2	8
	PREPARATORIA	8	31
	PROFESIONAL	6	23
LUGAR DE RESIDENCIA	B. CALIF. NORTE	1	4
	B. CALIF. SUR	1	4
	CHIHUAHUA	1	4
	D.F.	8	31
	HIDALGO	2	8
	JALISCO	1	4
	EDO. DE MEXICO	5	19
	NVO. LEON	1	4
	PUEBLA	3	12
	TLAXCALA	1	4
	VERACRUZ	1	4
	ZACATECAS	1	4

La muestra estuvo integrada por pacientes provenientes de la zona metropolitana de la Ciudad de México y del resto del país. Predominó el sexo masculino (n=14), 54%, sobre el sexo femenino (n=12) 46%. En cuanto al estado civil, solteros (n=8) 31% eran solteros y casados (n=18) 69%. Por ocupación predominaron los empleados con (n=10) 38%, profesionistas (n=4) 15%, amas de casa (n=7) 27%, estudiantes (n=3) 12% y pensionados (n=2) 8%. Con escolaridad de secundaria de (n=10) 38%, carrera comercial (n=2) 8%, preparatoria (n=8) 31%, y profesionales (n=6) 23%.

La mitad de la muestra procedía de la zona metropolitana de la Ciudad de México y la otra mitad del resto de los Estados.

RESULTADOS EN CASOS DE TMO ALOGENICO.

Depresión

En los siete varones con TMO alógeno en la primera entrevista o etapa I la aplicación del Inventario para Depresión de Beck (IDB) antes del trasplante reveló que ninguno tenía datos de depresión.

En la etapa dos o de pretrasplante no había depresión en (n=6) 85.7%, y si había leve en (n=1) 14.3%.

En la etapa 3 o postrasplante estuvo ausente en (n=4) 57%, leve en (n=1) 14.3% y moderada en (n=2) 28.6%, al alta hospitalaria etapa 4, los síntomas de depresión se encuentran ausentes en (n=5) 83.3%, (n=1) 16.7% con depresión moderada que corresponde a un paciente que falleció en el día +28 por neumonía. Cabe mencionar que dicho paciente nunca fue egresado y permaneció toda la etapa del postrasplante con este tipo de depresión.

En la quinta y última etapa de seguimiento efectuada 3 meses después del trasplante encontramos en los pacientes sobrevivientes: ausencia de depresión en (n=5) 83.3%, y depresión grave en (n=1) 16.7% paciente que falleció posteriormente por complicaciones de enfermedad injerto contra huésped (EICH) en el día +116 (gráfica 1)

La población del sexo femenino fué de 11 casos, que representa el 100%. En la primera entrevista la depresión estuvo ausente en (n=8) 72.8% pacientes, leve en (n=2) 18.2% y moderada en (n=1) 9.0%.

La depresión en la etapa pretrasplante estuvo ausente en (n=4) 36.4% , leve en(n=6) 54.6% y moderada en (n=1) 9.0%. En la etapa postrasplante hubo ausencia de depresión en (n=3) 27.3%, leve en (n=3) 27.3%, moderada en (n=3) 27.3% y depresión grave en (n=2) 18.1% casos .

Al alta hospitalaria la depresión estuvo ausente en (n=2) casos 25.0% leve en (n=3) 37.5%, moderada en (n=2) 25 % , y grave en (n=1) 12.5%.

En esta etapa disminuyó el número de pacientes a 8, por haber ocurrido 3 defunciones intrahospitalarias en los días +14,+45, +56 debido a complicaciones de EICH. Dos de estas pacientes, como se observa en la gráfica, presentaban depresión moderada y 1 depresión grave . Otra paciente no fue egresada por presentar complicaciones de EICH y falleció posteriormente en el día +73 con depresión moderada.

En la entrevista a los 3 meses de seguimiento la depresión estuvo ausente en (n=5) 71.4% y leve en (n=2) 28.6% de las pacientes sobrevivientes (gráfica 2).

Ansidad

La aplicación de la Escala para Ansiedad de Hamilton en la población del sexo masculino con TMO aloténico se realizó en 7 pacientes.

En la primera entrevista la ansiedad estuvo ausente en todos los pacientes, al igual que en la siguiente entrevista pretrasplante.

En la entrevista postrasplante se encuentra ausente en (n=6) 85.8% y presente en (n=1) 14.2%. Al egreso del servicio de hospitalización no hubo síntomas de ansiedad en los 6 pacientes sobrevivientes, pues en esta etapa disminuyó el número de casos por defunción de uno de ellos por complicaciones de EICH. En la entrevista de seguimiento a los 3 meses la ansiedad estuvo ausente en (n=5) 83.3% y presente en (n=1) 16.7% (gráfica 3).

Hubo 11 pacientes del sexo femenino. Durante la primera entrevista no hubo ansiedad en (n=9) 81.8% pacientes y si la hubo en (n=2) 18.2%. En la etapa pretrasplante se obtuvieron los mismos resultados. En la entrevista correspondiente al postrasplante no se detectó ansiedad en (n=8) 72.7% pacientes y si existía en (n=3) 27.3%. Al momento del alta hospitalaria (n=6) 75% de las pacientes no presentaron síntomas de ansiedad y (n=2) 25% si la tenían se debe aclarar que el número de pacientes había disminuido a 8 por haberse presentado 3 defunciones.

A la valoración en la última entrevista se detectó que (n=6) 85.7% permanecían sin ansiedad, mientras que en (n=1) 14.3% si la tenían (gráfica 4).

Diagnósticos Psiquiátricos

Para este estudio se efectuaron entrevistas psiquiátricas donde se siguieron los **criterios diagnósticos para los trastornos del estado de ánimo del DSM IV**. En las diferentes etapas del **trasplante de médula ósea alogénico**, los varones presentaron los siguientes diagnósticos: **en la etapa postrasplante se presentó depresión mayor moderada (DMM) en 1 paciente** quien la mantuvo hasta su egreso.

A los 3 meses se hizo el diagnóstico de **depresión mayor grave (DMG) en 1 paciente** quien falleció posteriormente por complicaciones de enfermedad injerto contra huesped (EICH). En el resto de los varones sobrevivientes no se encontró ansiedad ni depresión en las diferentes etapas (gráfica 5).

En lo que se refiere al sexo femenino, hubo **depresión mayor leve (DML) en (n=1) 10%**, **depresión mayor moderada (DMM) en (n=2) 18%** en la primera entrevista. En la etapa pretrasplante la DML se encontró en (n=3) 27.% de los casos y la DMM continuó igual que en la etapa anterior, el resto de las pacientes no presentó ningún trastorno.

En el postrasplante hubo **DML en (n=1) 9%**, **DMM en (n=1) 9%** y **DMG en (n=3) 27.3%**. **Al alta hospitalaria las pacientes presentaron DML en (n=1) 13%**, **DMM (n=2) 26%**, **DMG (n=1) 13%** el resto de las pacientes no presentó ningún trastorno. En esta etapa el número de pacientes bajó a 8 por haber ocurrido 3 defunciones debido a complicaciones de EICH.

En la entrevista de evaluación a los 3 meses después del trasplante se detectó **DMM en (n=1) 14%**, **DMG en (n=1) 14.29%**, con una **sobrevida de 7 pacientes al término del estudio**. En 1 solo caso (14.29%), no presentó patología psiquiátrica en las diferentes etapas del trasplante (gráfica 6)

Al utilizar los criterios para trastornos de ansiedad y trastornos adaptativos de acuerdo al DSM IV, en las diferentes etapas del trasplante alogénico en los varones se encontraron los siguientes diagnósticos en la etapa postrasplante : (n=1) 14% con trastorno de ansiedad generalizada (TAG) , (n=1) 14% con trastorno adaptativo depresivo (TAD) y (n=1) 14% con trastorno adaptativo ansioso (TAA)

Tanto en el resto de la muestra como en las otras etapas del trasplante no hubo otros trastornos (gráfica 7).

En el grupo femenino se encontró, en la primera entrevista (n=3) 27% pacientes con TAA. En la etapa pretrasplante encontramos (n=1) 9% con TAD y (n=1) 9% con TAA. En la etapa postrasplante (n=3) 27% con TAG, (n=1) 9% con TAD y (n=1) 9% con TAA, en (n=1) 9% no se detectó trastorno alguno.

En el alta hospitalaria una paciente tenía TAG, otra presentaba TAD y otra TAA . En esta etapa disminuyó a 8 el número de mujeres por haber fallecido tres debido a complicaciones de EICH. De ellas dos presentaron TAG y la otra no tenía patología psiquiátrica .

En la entrevista 3 meses después del trasplante de las 7 pacientes sobrevivientes no había patología psiquiátrica en ninguno de los casos al finalizar el estudio. Cabe aclarar que hubo una defunción en el día +73 por complicaciones de EICH (gráfica 8)

PACIENTES CON TRASPLANTE DE MEDULA ÓSEA AUTOLOGO***Depresión***

Se aplicó el inventario para depresión de Beck (IDB) en 7 varones con trasplante de médula ósea (TMO) autólogo.

En la primera entrevista hubo ausencia de depresión en (n=4) 57%, depresión leve en (n=2) 29% y depresión moderada en (n=1) 14%. En la etapa pretrasplante no hubo depresión en (n=2) 29 %, la hubo leve en (n=4) 57% y moderada en (n=1) 14%.

En la etapa postrasplante encontramos : Ausencia de depresión en un paciente , leve en 4 y grave en uno. Cabe señalar que en esta etapa se excluyó a un paciente por presentar complicaciones debidas a un accidente vascular cerebral con secuelas de daño orgánico cerebral (DOC).

Al alta hospitalaria no se incluyó al paciente que en la etapa anterior presentaba sintomatología depresiva grave debido a que falleció durante la etapa del postrasplante en el día +15 por presentar complicaciones de enfermedad injerto contra huesped (EICH), del resto, 2 pacientes no presentaron sintomatología depresiva y 3 si presentaron síntomas leves

En la entrevista efectuada a los 3 meses postrasplante se encontró que los 5 pacientes sobrevivientes no presentaron síntomas depresivos (gráfica 9).

En este tipo de trasplante hubo un caso del sexo femenino y sólo presentó , sintomatología depresiva leve en las dos primeras etapas, la cual desapareció en las etapas de postrasplante y alta hospitalaria. Posteriormente manifestó sintomatología depresiva moderada a los tres meses, ya que presentó reactivación del padecimiento hematológico (gráfica 10).

Ansiedad

Se aplicó la **Escala de Hamilton para ansiedad** en 7 varones con **TMO autólogo**.

En la primera entrevista no se detectó ansiedad en ninguno de ellos. En la etapa pretrasplante solo hubo ansiedad en (n=2) 29%. En la etapa postrasplante se excluyó a un paciente por haber presentado Enfermedad Vascular Cerebral (EVC) con secuelas de daño orgánico cerebral. Se encontró ansiedad en la mitad de los casos restantes (n=3).

En la etapa de alta hospitalaria no se encontró ansiedad en ninguno de los 5 pacientes sobrevivientes. Cabe señalar que en esta etapa hubo un fallecimiento por complicaciones de EICH en un paciente que sí tenía síntomas de ansiedad.

A los 3 meses ninguno de los cinco pacientes sobrevivientes presentaba ansiedad (gráfica 11).

Solo hubo una mujer con este tipo de trasplante. Después de haber estado libre de ansiedad durante las primeras cuatro etapas del estudio llegó a presentar ansiedad en la última etapa debido a la reactivación del padecimiento de fondo (gráfica 12).

Trastornos del ánimo (DSMIV)

De los siete varones, en la primera etapa hubo depresión mayor leve DML en 1 caso, trastorno distímico en otro caso y ausencia de trastorno del ánimo en los cinco restantes. En la etapa pretrasplante hubo un paciente sin diagnóstico, 4 con DML, 1 con DMG y 1 con trastorno distímico.

A la entrevista postrasplante se presentaron 4 con DML, 1 con DMM y uno sin diagnóstico. En esta etapa disminuyó la muestra por exclusión de 1 paciente con DOC.

Al alta hospitalaria hubo 3 con diagnóstico de DML, 1 con DMM y 1 caso sin diagnóstico. Se presentó un fallecimiento por complicaciones de EICH en un paciente que tenía depresión mayor moderada.

En la última etapa a los tres meses encontramos 4 varones con ausencia de sintomatología y solamente un paciente con depresión mayor moderada (gráfica 13).

La única mujer con **TMO autólogo** presentó trastorno distímico en la primera y segunda etapas, manifestó después depresión mayor moderada a los 3 meses del trasplante. Esta sintomatología estuvo asociada a reactivación del padecimiento hematológico (gráfica 14).

Ansiedad

Solamente hubo un caso de varón sometido a TMO autólogo, con trastorno adaptativo ansioso desde la primera etapa del estudio. Sin embargo tres meses después había desaparecido el trastorno (gráfica 15).

La única mujer con este tipo de trasplante también manifestó un trastorno adaptativo ansioso que duró sólo las primeras tres etapas (gráfica 16).

Se hace notar que en el total de la muestra no hubo ningún caso de **delirium** o **demencia**.

PRUEBAS ESTADISTICAS

Por tratarse de una muestra pequeña de sólo 26 pacientes (18 para trasplante alogénico y 8 para trasplante autólogo), hubo la necesidad de incluir a ambos sexos, con los siguientes resultados:

Trasplante alogénico:***Inventario para Depresión de Beck:***

La depresión medida por este método demostró mayor prevalencia en el periodo de postrasplante inmediato, con una $\chi^2= 11.924$ con una $p=0.01$, lo cual es estadísticamente significativo (gráfica A).

Escala para Ansiedad de Hamilton :

La prevalencia de ansiedad , se observó en grado leve tanto antes como después del trasplante, con una $\chi^2 = 4.367$, con una $p= 0.822$, sin diferencias estadísticamente significativas. (gráfica B)

Criterios Diagnósticos para Trastornos del Estado de Animo:

La prevalencia de estos trastornos antes y después del trasplante tuvo una $\chi^2 = 10.850$, $p= 0.541$ sin diferencias estadísticamente significativas (gráfica C).

Criterios Diagnósticos para Trastornos de Ansiedad y Trastornos Adaptativos:

Los pacientes en el periodo de postrasplante, tuvieron una mayor prevalencia de este tipo de trastornos, sobre todo en el periodo de postrasplante inmediato, con una $\chi^2= 11.104$ y con $p= 0.02$, lo cual es estadísticamente significativo (gráfica D).

TRASPLANTE AUTOLOGO

Inventario para Depresión de Beck:

p= 0.559, con un intervalo de confianza del 95% 0.016- 2.97 (gráfica E)

Escala para Ansiedad de Hamilton:

p= 1.33, con intervalo de confianza del 95% 0.061- 21.30 (gráfica F)

Trastornos del Estado de Animo:

p= 0.6, con intervalo de confianza del 95% 0.3128 - 40.775 (Gráfica G)

Trastornos de Ansiedad y Trastornos adaptativos:

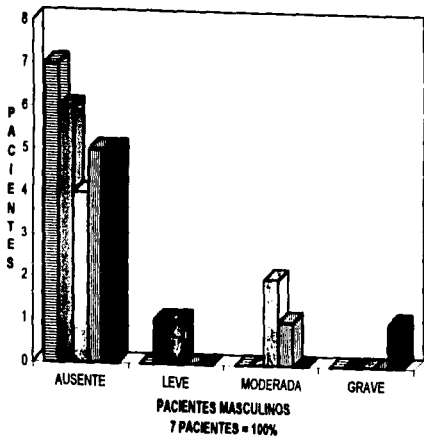
p= 1.53, con intervalo de confianza del 95% 0.051- 19.37 (gráfica H)

No se detectó significancia estadística en ninguna de las variables analizadas.

CONCLUSIONES

1. Pacientes sujetos a trasplante de médula ósea desarrollaron síntomas ansioso depresivos con mayor intensidad en las etapas del postrasplante inmediato.
2. Hubo más síntomas ansioso depresivos en los pacientes sujetos a trasplante de tipo alogénico que en aquellos con trasplante autólogo.
3. Clínicamente se observó una relación sin significancia estadística entre la intensidad de los síntomas ansioso depresivos y la mala evolución médica del paciente trasplantado.
4. Los resultados de este estudio deben ser considerados con reservas debido a lo pequeño de la muestra y al corto lapso de seguimiento de la evolución de los pacientes (tres meses después del trasplante). Sin embargo, estos datos son similares a los reportados en la literatura consultada (5,8,9,10,12,13).
5. La incidencia de síntomas ansiosos depresivos en pacientes trasplantados hace necesario la participación del psiquiatra en el equipo médico tratante.

TRASPLANTE ALOGENICO
DEPRESION-BECK
GRAFICA 1

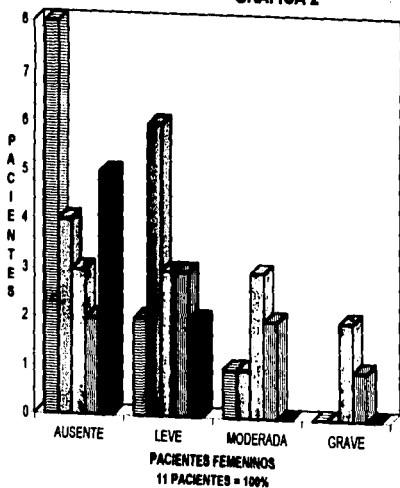


■ 1. ENTREVISTA
■ PRETRASPLANTE
■ POSTRASPLANTE
■ ALTA HOSP.
■ 3 MESES

TRASPLANTE ALOGENICO

DEPRESION-BECK

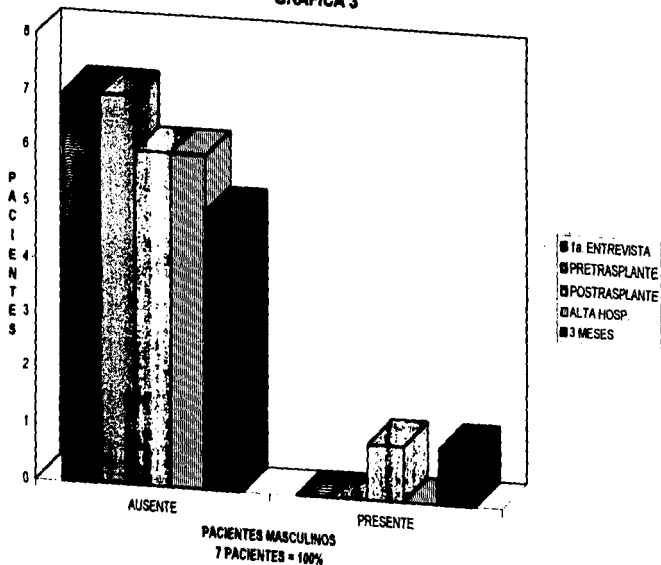
GRAFICA 2



- 1ª ENTREVISTA
- PRETRASPLANTE
- POSTRASPLANTE
- ALTA HOSP.
- 3 MESES

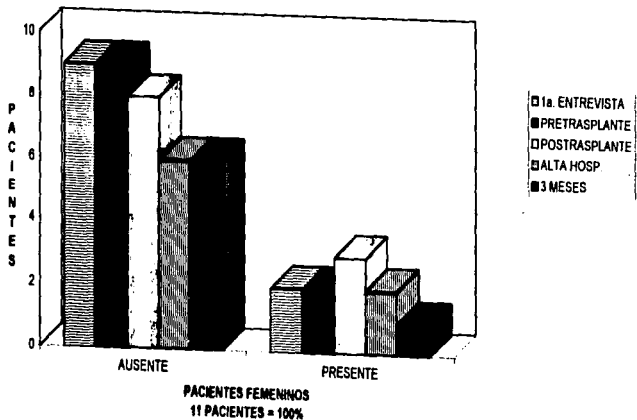
TRASPLANTE ALOGENICO
ANSIEDAD - HAMILTON
GRAFICA 3

35

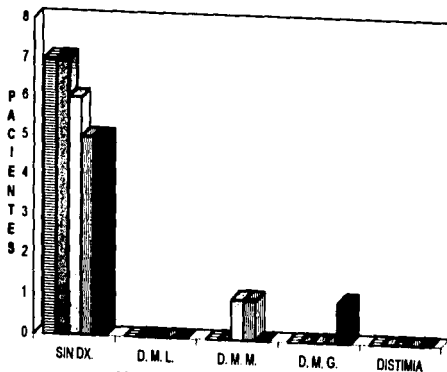


GRAFICAS

**TRASPLANTE ALOGENICO
ANSIEDAD - HAMILTON
GRAFICA 4**



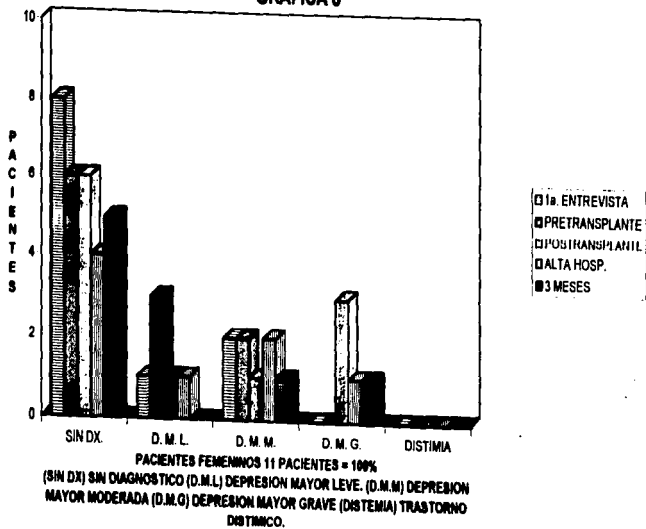
**TRASPLANTE ALOGENICO
DSM IV
TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO
GRAFICA 5**



PACIENTES MASCULINOS 7 PACIENTES = 100%
(SIN DX) SIN DIAGNOSTICO, (D.M.L) DEPRESION MAYOR LEVE,
(D.M.M) DEPRESION MAYOR MODERADA (D.M.G) DEPRESION MAYOR GRAVE,
(DISTIMIA) TRASTORNO DISTIMICO.

ENTREVISTA
PRETRASPLANTE
POSTRASPLANTE
ALTA HOSP.
3 MESES

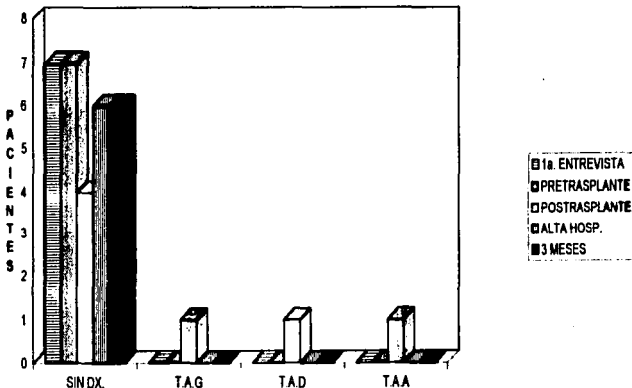
**TRASPLANTE ALOGENICO
DSM IV
TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO
GRAFICA 6**



80

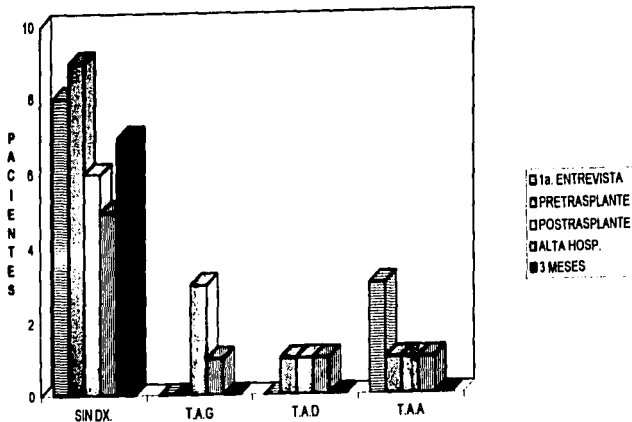
GRAFICA 6

**TRASPLANTE ALOGENICO
DSM IV
TRASTORNOS DEL ANSIEDAD - TRASTORNOS ADAPTATIVOS
GRAFICA 7**



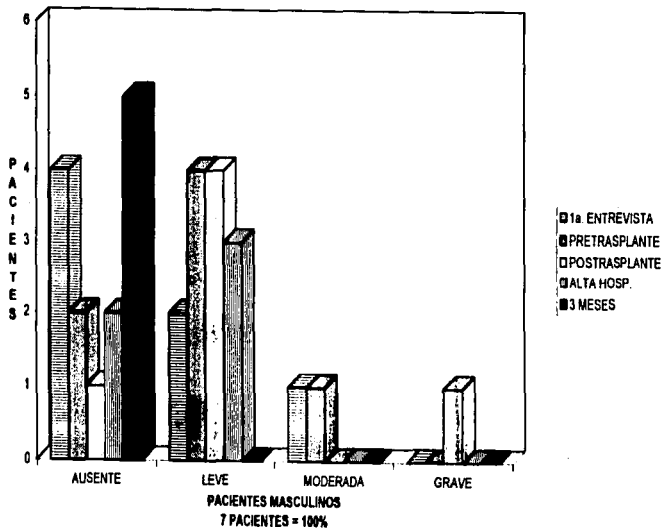
PACIENTES MASCULINOS 7 PACIENTES = 100%
(SIN DX) SIN DIAGNOSTICO, (T.A.G) TRASTORNO DE ANSIEDAD
GENERALIZADA, (T.A.D) TRASTORNO ADAPTATIVO,
(T.A.A) TRASTORNO ADAPTATIVO ANSIOSO

**TRASPLANTE ALOGENICO
DSM IV
TRASTORNOS DE ANSIEDAD - TRASTORNOS ADAPTATIVOS
GRAFICA 8**

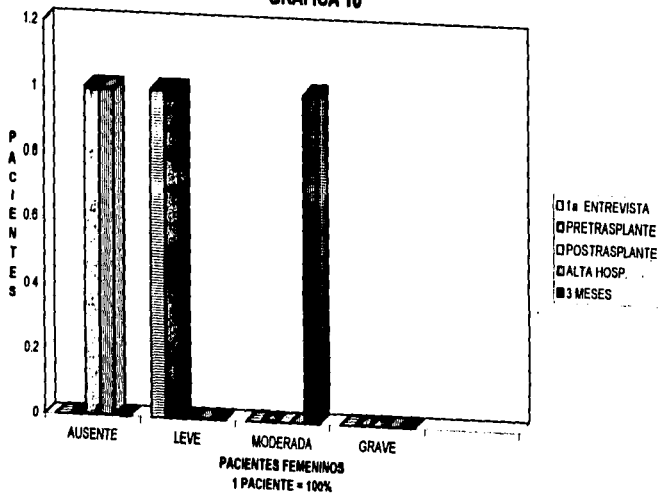


PACIENTES FEMENINAS 11 PACIENTES = 100%
 (SIN DX) SIN DIAGNOSTICO, (T.A.G) TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA
 (T.A.D) TRASTORNO ADAPTATIVO DEPRESIVO,
 (T.A.A) TRASTORNO ADAPTATIVO ANSIOSO

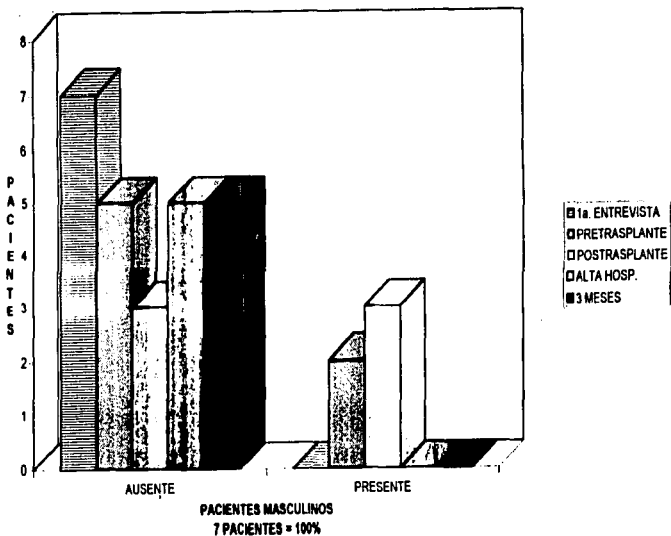
**TRASPLANTE AUTOLOGO
DEPRESION - BECK
GRAFICA 9**



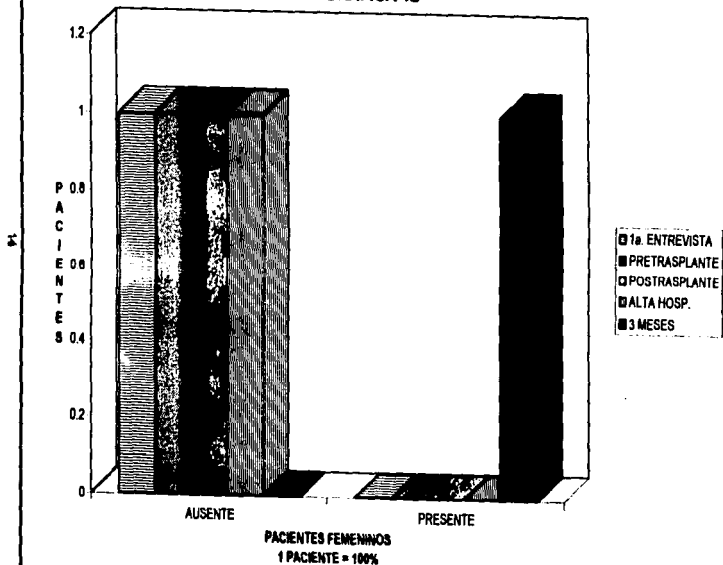
**TRASPLANTE AUTOLOGICO
DEPRESION - BECK
GRAFICA 10**



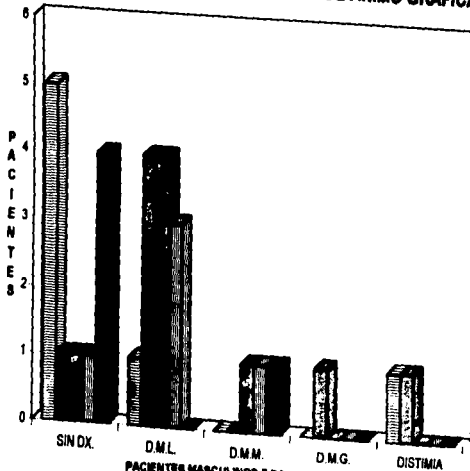
**TRASPLANTE AUTOLOGO
ANSIEDAD - HAMILTON
GRAFICA 11**



TRASPLANTE AUTOLOGO ANSIEDAD - HAMILTON GRAFICA 12



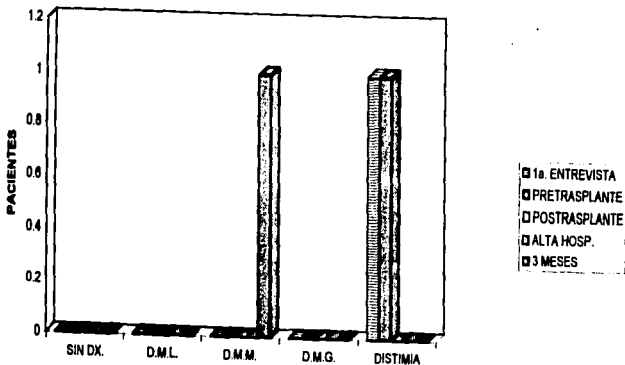
**TRASPLANTE AUTOLOGO
DSM IV
TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO GRAFICA 13**



PACIENTES MASCULINOS 7 PACIENTES = 100%
 (SIN DX) SIN DIAGNOSTICO (D.M.L.) DEPRESION MAYOR LEVE
 (D.M.M.) DEPRESION MAYOR MODERADA (D.M.G.) DEPRESION MAYOR GRAVE
 (DISTIMIA) TRASTORNO DISTIMICO

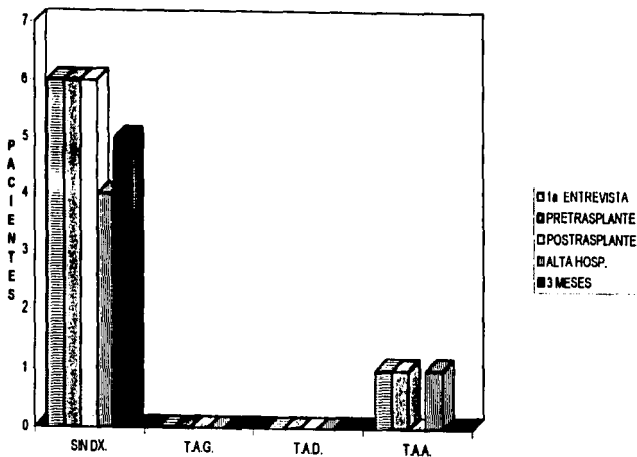
1a ENTREVISTA
 PRETRASPLANTE
 POSTRASPLANTE
 ALTA HOSP.
 3 MESES

**TRASPLANTE AUTOLOGO
DSM IV
TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO GRAFICA 14**



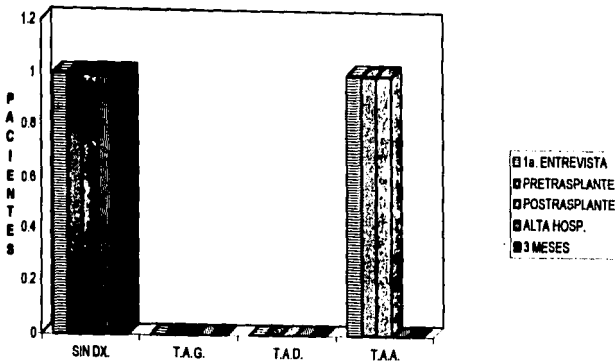
PACIENTES FEMENINOS 1 PACIENTE = 100%
(SIN Dx) SIN DIAGNOSTICO (D.M.L.) DEPRESION MAYOR LEVE
(D.M.M.) DEPRESION MAYOR MODERADA (D.M.G.) DEPRESION MAYOR
GRAVE (DISTIMIA) TRASTORNO DISTIMICO

**TRASPLANTE AUTOLOGO
DSM IV
TRASTORNOS DEL ANSIEDAD - TRASTORNOS ADAPTATIVOS
GRAFICA 15**



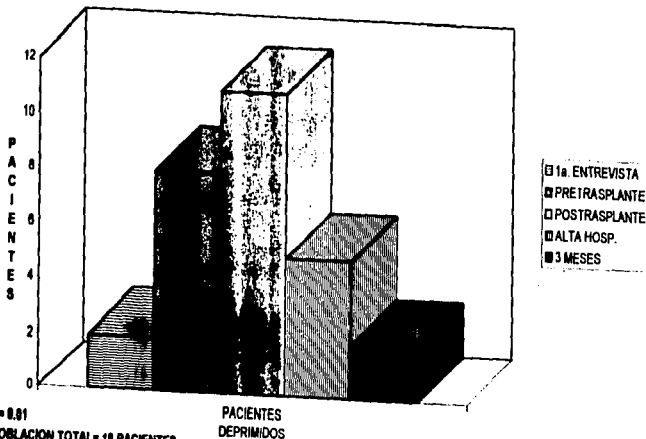
PACIENTES MASCULINOS 7 PACIENTES = 100%
(SIN Dx) SIN DIAGNOSTICO (T.A.G.) TRASTORNOS DE ANSIEDAD GENERALIZADA,
(T.A.D.) TRASTORNO ANSIOSO DEPRESIVO
(T.A.A.) TRASTORNO ANSIOSO ADAPTATIVO

**TRASPLANTE AUTOLOGO
DSM IV
TRASTORNOS DEL ANSIEDAD - TRASTORNOS ADAPTATIVOS
GRAFICA 16**

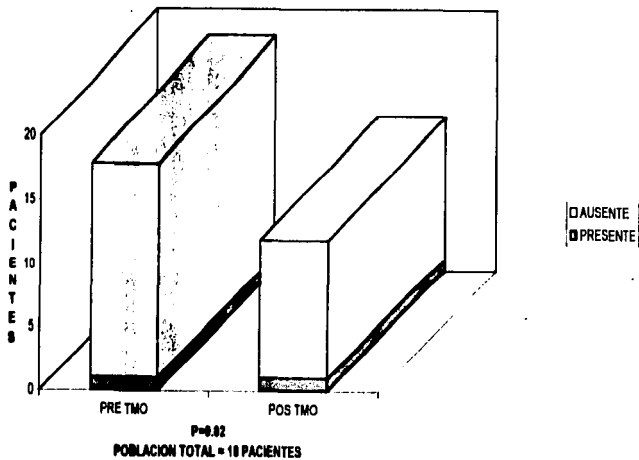


PACIENTES FEMENINOS 1 PACIENTE = 100%
(SIN DX) SIN DIAGNOSTICO (T.A.G.) TRASTORNOS DE ANSIEDAD
GENERALIZADA, (T.A.D.) TRASTORNO ANSIOSO DEPRESIVO
(T.A.A.) TRASTORNO ANSIOSO ADAPTATIVO

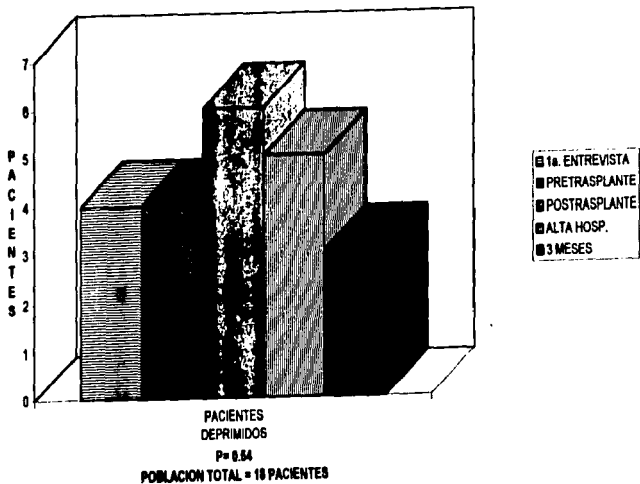
GRAFICA A
INVENTARIO PARA DEPRESION DE BECK
TRASPLANTE DE MEDULA OSEA ALOGENICO



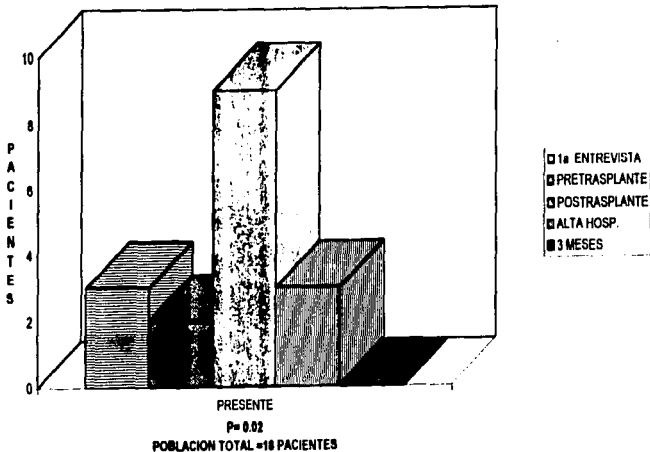
GRAFICA B
ESCALA PARA ANSIEDAD DE HAMILTON
TRASPLANTE DE MEDULA OSEA ALOGENICO



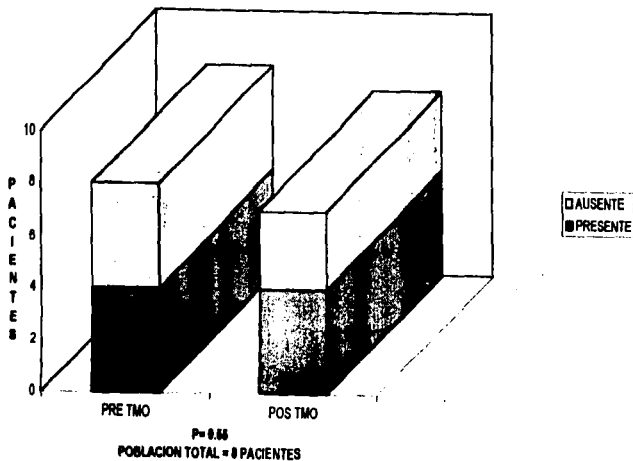
GRAFICA C
TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO DSM IV
TRASPLANTE DE MEDULA OSEA ALOGENICO



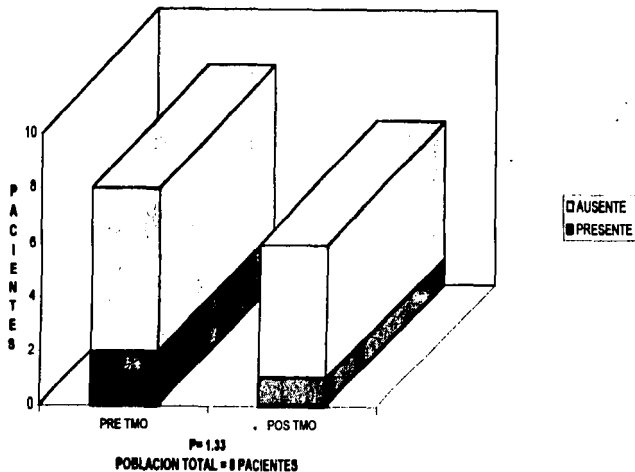
GRAFICA D
TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y ADAPTATIVOS DSM IV
TRASPLANTE DE MEDULA OSEA ALOGENICO



GRAFICA E
INVENTARIO PARA DEPRESION DE BECK
TRASPLANTE DE MEDULA OSEA AUTOLOGO

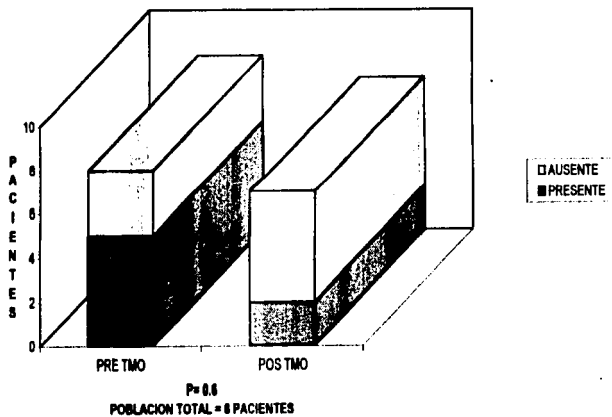


GRAFICA F
ESCALA PARA ANSIEDAD DE HAMILTON
TRASPLANTE DE MEDULA OSEA AUTOLOGO

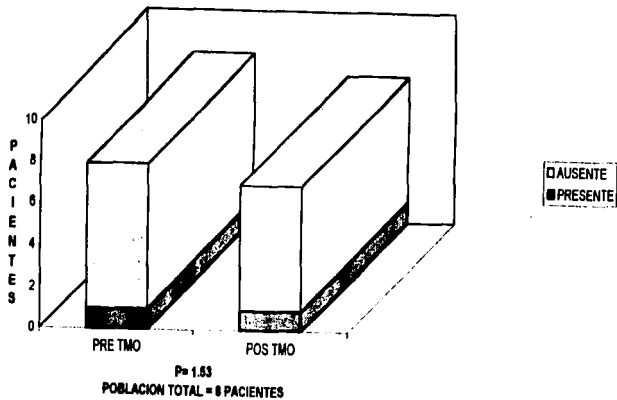


GRAFICA G

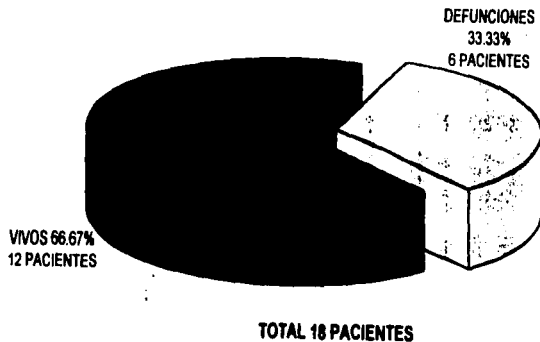
TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO DSM IV TRASPLANTE DE MEDULA OSEA AUTOLOGO



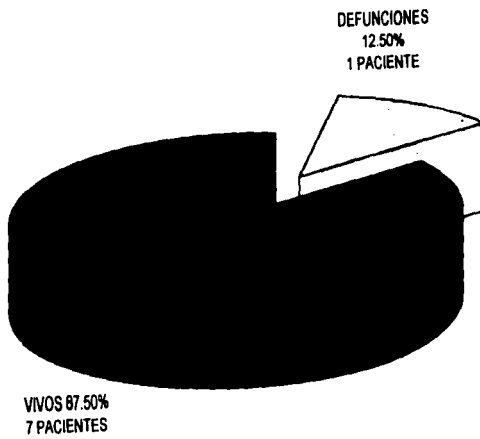
GRAFICA H
TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y ADAPTATIVOS DSM IV
TRASPLANTE DE MEDULA OSEA AUTOLOGO



**TRASPLANTE ALOGENICO
MORTALIDAD**



**TRASPLANTE AUTOLOGO
MORTALIDAD**



ANEXO 1

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

NUMERO DE PROYECTO _____ Núm. EXPEDIENTE: _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ Autólogo: _____ Alógeno: _____ FECHA _____

LEA CUIDADOSAMENTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS Y MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA QUE MEJOR DESCRIBA SU ESTADO DE ANIMO. EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS

- 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 qué pensar en el porvenir
 _____ Siento que no hay esperanza en 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 a tras 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 de 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 me siento que será castigado
 _____ Me siento que puedo ser castigado
 _____ Creo que será 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 me siento que sea peor que otros
_____ Me critico a mi 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 haria
_____ Quisiera suicidarme
_____ Me suicidaria si tuviera la oportunidad
- 10) _____ No lloro más que de costumbre
_____ Llora más que antes
_____ Llora todo el tiempo
_____ Podia llorar pero ahora no puedo aunque quisiera.
- 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 cosa que antes me irritaba.
- 12) _____ No he perdido el interes por la gente
_____ No me interesa la gente como antes
_____ He perdido la mayor parte de mi interes por la gente
_____ He perodido todo el interés por 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 me 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 feo.
- 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 dormir.
 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 absoluto
- 19) No he perdido peso casi nada
 He perdido más de 2.5 Kilos.
 He perdido más de 5 Kilos
 He perdido más de 7.5 Kilos
(Estoy a dieta SI NO)
- 20) Mi salud no me preocupa más que antes
 Me preocupan molestias como dolor de cabeza, malestar estomacal o estreñimiento.
 Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que es difícil 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 que antes
 Ahora estoy mucho más interesado en el sexo que antes
 He perdido completamente el interés por el sexo.

ANEXO 2**ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD**

NUMERO DE PROYECTO _____ Num. EXPEDIENTE _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ Autólogo: _____ Alógeno: _____ FECHA _____

ENTREVISTADOR: _____ PUNTUACION _____

CODIGO: 0 = AUSENTE 1 = INTENSIDAD LEVE 2 = INTENSIDAD MEDIA
 3 = INTENSIDAD SEVERA 4 = INCAPACITANTE

- 1.- _____ **ESTADO ANSIOSO:** Preocupaciones, temor a que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.
- 2.- _____ **TENSION:** Sensación de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblor sensación de inquietud y no poder estar en un solo lugar, imposibilidad para relajarse.
- 3.- _____ **TEMORES A LA OSCURIDAD,** a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales, al tráfico, a la multitud.
- 4.- _____ **INSOMNIO:** Dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio con cansancio al despertar, pesadillas terrores nocturnos.
- 5.- _____ **FUNCIONES INTELECTUALES:** Dificultad de concentración, mala memoria
- 6.- _____ **HUMOR DEPRESIVO:** Falta de interés, falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertar anticipado, variaciones de humor durante el día
- 7.- _____ **SINTOMAS SOMATICOS:** Dolores y cansancio muscular, espasmos musculares o calambres, rigidez, tics, rechinar de dientes, voz poco firme, tono muscular aumentado
- 8.- _____ **SINTOMAS SOMATICOS GENERALES:** Zumbido de oídos, visión borrosa, escalofríos, sensación de debilidad, hormigueo, bochornos
- 9.- _____ **SINTOMAS CARDIOVASCULARES:** Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, sensación de desmayo, arritmias
- 10.- _____ **SINTOMAS RESPIRATORIOS:** Opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea.
- 11.- _____ **SINTOMAS GASTROINTESTINALES:** Dificultad para deglutir, flatulencias, dolor abdominal, sensación de ardor, plenitud abdominal náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, estreñimiento
- 12.- _____ **SINTOMAS GENTOURINARIOS:** Urgencia para orinar, micciones frecuentes, amenorrea menstruación dolorosa, eyaculación precoz, baja del deseo sexual, impotencia.
- 13.- _____ **SISTEMA VEGETATIVO:** Boca seca, rubor de mejillas, palidez, vértigo, transpiración excesiva, cefalea, piel de gallina.
- 14.- _____ **COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA:** Inquietud, impaciencia, intranquilidad, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensas, suspiros o respiración rápida, palidez, tragar saliva, eructos, tics.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

(ANEXO 3)

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

A. Ansiedad y preocupación excesiva (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolonga más de 6 meses.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocia a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses)

Nota: En los niños se requiere uno de estos síntomas:

(1) inquietud o impaciencia

(2) fatigabilidad fácil

(3) dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco

(4) irritabilidad

(5) tensión muscular

(6) alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño o sensación al despertarse de sueño no reparador).

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hace referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo compulsivo), estar lejos

de casa o de los seres queridos (como en el trastorno por separación), engordar (como anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o de padecer alguna enfermedad grave (como la hipocondría), y la ansiedad y preocupación de aparecer exclusivamente en el trastorno de un estrés postraumático.

- E.** La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de áreas importantes de la actividad del individuo.
- F.** Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (por ejemplo hipotiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado de desarrollo.

**TRANSTORNOS DE ANSIEDAD
(ANEXO 4)**

**CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE TRANSTORNO DE ANSIEDAD
DEBIDO A ENFERMEDAD MEDICA.**

- A. La ansiedad predominante, las crisis de angustia, las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.
- B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica
- C. Estas alteraciones no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno adaptativo con ansiedad en la que el agente estresante es una enfermedad médica grave.)
- D. Estas alteraciones no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- E. Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la vida del individuo

Especificar si:

Con ansiedad generalizada: cuando predomina una ansiedad o preocupación excesivas centradas en múltiples acontecimientos o actividades.

Con crisis de angustia: cuando predominan las crisis de angustia.

Con síntomas obsesivo-compulsivo cuando predominan las obsesiones o las compulsiones en la presentación clínica.

TRANSTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO (ANEXO 5)

CRITERIOS PARA EL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR:

- A. Presencia de cinco (o más de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa, uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.**
- (1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ej. Se siente triste y vacío) o la observación realizada por otros (por ej. llanto).
Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
- (2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
- (3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (por ej. un cambio de más de 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento en lograr los aumentos de peso esperables.
- (4) Insomnio o hipersomnia casi cada día.
- (5) Agitación o entumescimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar entumecido).
- (6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día

- (7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
 - (8) Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
 - (9) Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B.** Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto (maniaco-depresivo).
- C.** Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D.** Los síntomas no son debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ej. una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (por ej. hipotiroidismo).
- E.** Los síntomas no se explica mejor por la presencia de un duelo (por ej. después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracteriza por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos, o enlentecimiento psicomotor.

- (1) *Leve*: Ninguno o pocos síntomas además de los requerimientos para realizar el diagnóstico y síntomas de un ligero deterioro en la actividad laboral o en las actividades sociales habituales o en las relaciones con los demás.
- (2) *Moderado*: Síntomas o deterioro funcional entre "leve" y "grave"
- (3) *Grave*: varios síntomas además de los requeridos para realizar el diagnóstico y síntomas que interfieren notablemente en la vida laboral o en las actividades sociales habituales o en las relaciones con los demás.

**TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO
(ANEXO 6)**

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DISTIMICO.

- A.** Estado de ánimo crónicamente deprimido la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás durante al menos 2 años. Nota: en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser al menos de 1 año.
- B.** Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:
- (1) Pérdida o aumento de apetito
 - (2) insomnio o hipersomnia
 - (3) falta de energía o fatiga
 - (4) baja autoestima
 - (5) dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
 - (6) sentimientos de desesperanza
- C.** Durante el periodo de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.
- D.** No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes), por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.
- E.** Nunca ha habido un episodio maniaco, un episodio mixto, o un episodio hipomaniaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

- F.** La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.
- G.** Los síntomas no son debidos a efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (por ej. hipotiroidismo).
- H.** Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo

TRANSTORNOS DE ESTADO DE ANIMO (ANEXO 7)

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE TRANSTORNO DEL ESTADO DE ANIMO DEBIDO A ENFERMEDAD MEDICA.

- A.** En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo, caracterizada por uno (o ambos) de los siguientes estados:
- (1) estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas o casi todas sus actividades
 - (2) estado de ánimo elevado, expansivo o irritable
- B.** A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio, hay pruebas de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.
- C.** La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ej., un trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo en respuesta al estrés de tener una enfermedad médica).
- D.** La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- E.** Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo

Codificación basada en tipo:

Con síntomas depresivos: si el estado de ánimo predominante es depresivo, pero no se cumple totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor

Con episodio similar al depresivo mayor: si se cumplen totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor (excepto criterio D)

TRASTORNOS ADAPTATIVOS (ANEXO 8)

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE TRASTORNO ADAPTATIVO

- A. La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.
- B. Estos síntomas o comportamientos se expresan clínicamente del siguiente modo:
- (1) malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante
 - (2) deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica)
- C. La alteración relacionada con estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico del Eje I y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente del Eje I o el Eje II.
- D. Los síntomas no responden a una reacción de duelo.
- E. Una vez que se ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses

Especificar si:

Agudo: si la alteración dura menos de 6 meses

Crónico: si la alteración dura 6 meses o más.

Los trastornos adaptativos son codificados según el subtipo, que selecciona de acuerdo con los síntomas predominantes. El estresante específico puede señalarse en el Eje IV.

Con estado de ánimo depresivo

Con ansiedad

Mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE INFORMADO DEL PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACION

(ANEXO 9)

México, D F a de de 199

A quien corresponda:

Yo, _____, declaro que por voluntad propia deseo participar en el estudio de la investigación Clínica Denominada:

“ Ansiedad-depresión, en trasplante de Médula Osea “. Para ello, declaro que con anterioridad se me han explicado detalladamente las preguntas que me habrán de hacer.

Por medio de la presente autorizo al personal médico y de Trabajo Social del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Para que se me aplique el cuestionario.

Queda establecido que estoy en completa libertad de retirar la presente autorización en el momento que lo desee.

Atentamente,

EL PACIENTE (padre, tutor o responsable legal, en caso de que sea menor de edad o esté incapacitado)

Nombre: _____

Firma: _____

Domicilio: _____

Nombre: _____

Firma: _____

Domicilio: _____

TESTIGO

BIBLIOGRAFIA

1. House R. M.; Thompson T. L.: Psychiatric Aspects of Organ Transplantation. Journal American Medical Assoc 260. 535-539,1988
2. Espinosa F.A.: Historia de los Trasplantes en México.Asoc. Mexicana de Cirujia General. Revista Cirujano General. 12: 106-109,1990
3. Bortin MM, Rimm AA.: Increasing Utilization of Bone Marrow Trasplantation. Trasplantation 48: 453-458,1989.
4. Brown H.N., Kelly M.J.: Stages of Bone Marrow Transplantation: A Psychiatric Perspective.Psychosomatic Medicine, 38:439-446,1976.
5. Rodrigue J. R., Boggs S. R., Weiner R. S., Behen J. M., MS: Mood, Coping Style, and Personality Functioning Among Adult Bone Marrow Transplant Candidates. Psychosomatics; 34:159-165,1993.
6. Pedraza E, Pico Volonte JL.: Trasplante de Médula Ósea-I. Oncologia I.M.S.S. 5: 51-68, 1990.
7. Pedraza E, Pico Volonte JL.: Trasplante de Médula Ósea-II. Oncologia I.M.S.S. 6: 12-36, 1991.
8. Colón E.A.; Callies A.L., Popkin M.K., McGlave P.B..Depressed Mood and Other Variables Related to Bone Marrow Transplantation Survival in Actue Leukemia. Psychosomatics; 32: 420-425,1991
9. Jenkins PL,Lester H,Alexander J,Whittaker J.: A Prospective Study of Psychosocial Morbidity in Adult Bone Marrow Trasplant Recipients. Psychosomatics 35:361-367,1994.
10. Bukberg J, Penman D,Holland JC.: Depression in Hospitalized Cancer Patients. Psychosomatic Medicine 46:199-212,1984
11. Jenkins P.L., Linington A, Whittaker J.A. : A Restrospective Study of Psychosocial Morbidity in Bone Marrow Transplant Recipients Psychosomatics .32:65-71,1991.
12. Kamani N., August Ch. S., Trasplante de Médula osea Problemas y Perspectivas.Clinicas Médicas de Norteamérica.Ed. Interamericana. 3 654-669,1984
13. Trzepacz PT, Levenson JL,Tringali R.A.: Psychopharmacology and Neuropsychiatric Syndromes in Organ Trasplantation. general Hospital Psychiatry 13. 233-245, 1991.

BIBLIOGRAFIA

14. Wolcott D.L., Wellisch D.K., Fawzy F.I., Landsverk J.: Psychological Adjustment of Adult Bone Marrow Transplant Donors Whose Recipient Survives. *Transplantation*; 41: 484-488,1986.
15. Hamilton M. The Assessment of Anxiety States by Rating. *British Journal Medical Psychology*; 32: 50-55,1959.
16. Beck A.T., Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*; 4:54-63,1961.
17. Lara M. C.; Ontiveros M.; Berlanga C.; De La Fuente J. R. Diferencias entre Crisis de Angustia y Ansiedad Generalizada en la Escala de Hamilton para Ansiedad. *Salud Mental*; 11: 7-10, 1988.
18. Lara M.C.; De La Fuente J.R.: La Confiabilidad en la Evaluación de la Ansiedad. *Acta Psiquiátrica y Psicología de America Latina*;33: 209-218,1987.
19. Torres Castillo M.; Hernández Malpica E.; Ortega Soto H., Valdez y Reproducibilidad del Inventario para Depresión de Beck en un Hospital de Cardiología. *Salud Mental*; 14: 1-6,1991.