

11241

61

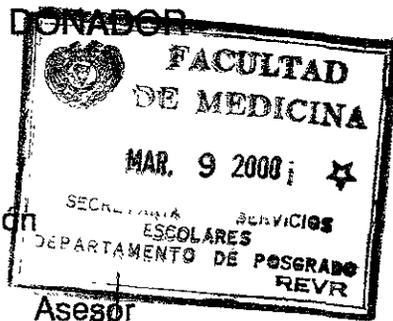
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA, PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN CANDIDATOS A TRASPLANTE RENAL.

IMPACTO DE LA DISPONIBILIDAD DE DONADOR



Alumno: Dr. David Terán Escandón

Tutor

[Handwritten signature of Alejandro Díaz Martínez]

Dr. Alejandro Díaz Martínez

Asesor

[Handwritten signature of Jaime Ruiz Ornelas]

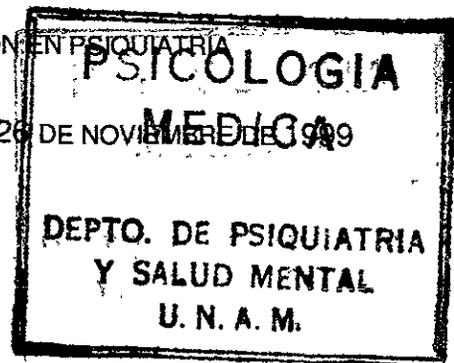
Dr. Jaime Ruiz Ornelas

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA

[Handwritten signature]

276277

2000





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

ÍNDICE

Resumen	1
Abstract	3
Definición del problema	4
Introducción	4
Justificación	16
Hipótesis	17
Objetivos	17
Material y métodos	18
Resultados	22
Discusión	23
Bibliografía	29

RESUMEN: Ansiedad y depresión en candidatos a trasplante renal. Impacto de la disponibilidad de donador.

INTRODUCCIÓN: La principal limitante para el trasplante renal es la disponibilidad de los mismos. La mayoría de estos pacientes recurren a un donador vivo relacionado (DVR). Sin embargo, hay personas que carecen de parientes, o bien, teniéndolos, éstos no pueden donar ya sea por incompatibilidad, deficiencia funcional, enfermedad o negativa; para estas personas, su esperanza radica en un donador cadavérico (DC). En cualquier caso, el proceso del trasplante es altamente estresante, siendo su intensidad directamente proporcional al tiempo de espera de la realización de la cirugía. A diferencia del paciente con DVR, el paciente en espera de DC no tiene la certeza de obtener un riñón a tiempo para salvar su vida, o bien, en aquellos pacientes cuyos familiares se negaron a donar se sienten rechazados por su propio grupo primario de apoyo. En los pacientes crónicos, la comorbilidad psiquiátrica (principalmente ansiedad y depresión) repercute en la evolución del padecimiento de base, y reduce la eficacia del tratamiento, llevando a internamientos más largos, y a un mayor desgaste físico y emocional.

OBJETIVO: Determinar la diferencia de niveles de ansiedad y depresión en pacientes en espera de DC en comparación a los pacientes que cuentan con DVR.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se incluyeron a los pacientes con IRC del programa de trasplante renal que acudieron a su primera cita de psiquiatría entre el 1 de enero de 1998 y el 15 de marzo de 1999 y se dividieron de acuerdo al tipo de donador que disponen (DVR=31, DC=12). Se les aplicó la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD). Los resultados en ambas subescalas fueron analizados mediante prueba de Fisher, U de Mann-Whitney y riesgo relativo comparando DVR vs DC.

RESULTADOS: Se encontró que el 33.33% de los pacientes con DVR presentaron puntuaciones significativas para ansiedad (6.60 ± 2.65 puntos, punto de corte=8) y el 40% mostraron depresión (5.9 ± 3.29 puntos, punto de corte=8); mientras que entre los 12 pacientes en espera de DC, el 75% presentaron ansiedad (10.17 ± 2.48) y el 90% depresión (12.0 ± 9.33). Los resultados de las pruebas estadísticas entre ambos grupos fueron: para la subescala de ansiedad, Fisher

$p=0.005$, $Z=3.39$ $p<0.001$ (Mann-Whitney), $RR=10.5$; en la subescala de depresión Fisher $p=0.088$, $Z=2.791$ $p=0.005$ (Mann-Whitney) y $RR=4$.

CONCLUSIONES: Los pacientes con DC tienen mayor riesgo de padecer cuadros ansiosos que los enfermos con DVR. En cuanto a la depresión, la diferencia en frecuencia no fue significativa, lo cual no sucedió con los puntajes de esta subescala, sugiriendo que los pacientes en espera de DC tienen cuadros depresivos más severos. Por otra parte, comparando esta muestra contra 100 enfermos crónicos, encontramos que no hay diferencias con los pacientes en espera de DC, pero sí tienen más riesgo de ansiedad y depresión que los pacientes con DVR, lo cual, parece indicar que estos últimos enfermos pudeiran tener ideas sobrevaloradas sobre la evolución de su enfermedad, por lo que sugerimos orientarlos al respecto.

ABSTRACT: Anxiety and depression among kidney transplantation candidates. Impact of donor availability.

BACKGROUND: The main limitant for kidney transplantation is organ shortage. The most of the patients ask for a living related donor (LRD). But there are people without relatives, or when having them, they can not donate due to incompatibility, functional defficiency or negation; the only hope for these patients is to locate a cadaveric donor (CD). Anyway, the transplantation procedure is highly stressful, and the stress intensity is directly proportioned to the waiting time for surgery. Usually the patient waiting for CD is not certain about getting a kidney in time for saving his life, or, when their relatives have refused to donate, the patients feel rejected by their own primary support group. In chronic patients, the psychiatric comorbidity (anxiety and depression) reflects on disease prognosis and reduces the treatment efficacy, leading to longer hospitalisation periods and more severe physical and emotional stress.

OBJECTIVE: Calculate the difference of anxiety and depression levels between patients waiting for CD and patents having a LVR.

MATERIAL AND METHODS: We included patients with end-stage renal disease from the kidney transplantation program who had their first appointment to the Departrtment of Psychiatry between january 1st 1998 and march 15th 1999, they were classified in two groups, depending of the kind of donor they have (LRD=31, CD=12). All the patients answered the Hospital Anxiety and Depression scale (HAD). The results of both subscales were analyzed by Fisher test, Mann-Whitney U and relative risk comparing LRD vs CD.

RESULTS: We found that 33.33% of the LRD patients scored for anxiety (6.60 ± 2.65 points, cutoff=8) and 40 % scored for depression (5.9 ± 3.29 points, cutoff=8); while 75% of the CD patients scored for anxiety (10.17 ± 2.48) and 90% scored for depression (12.0 ± 9.33). The results of statistical analysis are: for anxiety subscale Fisher $p=0.005$, $Z=3.39$ $p<0.001$ (Mann-Whitney), $RR=10.5$; and for depression subscale Fisher $p=0.088$, $Z=2.791$ $p=0.005$ (Mann-Whitney) and $RR=4$.

CONCLUSIONS: The patients with CD have a greater risk for suffer anxiety syndromes than the LRD patients. About depression, the frequency difference was not signifficative, something that did not happen in the subscale scores, suggesting that CD patients have more severe depressive episodes. In the other hand, comparing our sample versus 100 chronic patients, we found that there were no differences with CD patients, but they have greater risk for anxiety and depression than LRD patients; this may reflect that these last patients may overestimate the prognosis of their disease and we suggest education at this respect.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

¿Con qué frecuencia se presentan los trastornos de ansiedad y depresión en los receptores de trasplante renal, comparando aquellos que cuentan con un donador vivo contra quienes esperan a un donador cadavérico?

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) tienen como tratamiento a mediano plazo las diálisis, tanto peritoneal como hemodiálisis; y a largo plazo la sustitución del órgano, es decir el trasplante. Actualmente se sabe que los costos del trasplante son menores a los que implica la diálisis, y además ofrece una mayor expectativa de vida con mejor calidad que la del paciente sometido a diálisis (1).

El riñón fue el primer órgano vital que logró ser trasplantado, y sobre él se desarrollaron la mayor parte de los conocimientos sobre inmunología, fisiología, farmacología y más recientemente la psicología del proceso de injerto de órganos. Desde que Patrick Borel realizó en 1972 el primer estudio psiquiátrico en pacientes de trasplante, los psiquiatras se han involucrado en el cuidado de los pacientes sometidos a este procedimiento, los cuales, dado el gran estrés que implica el proceso, tienen un riesgo importante de sufrir trastornos psiquiátricos

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

¿Con qué frecuencia se presentan los trastornos de ansiedad y depresión en los receptores de trasplante renal, comparando aquellos que cuentan con un donador vivo contra quienes esperan a un donador cadavérico?

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) tienen como tratamiento a mediano plazo las diálisis, tanto peritoneal como hemodíalisis; y a largo plazo la sustitución del órgano, es decir el trasplante. Actualmente se sabe que los costos del trasplante son menores a los que implica la diálisis, y además ofrece una mayor expectativa de vida con mejor calidad que la del paciente sometido a diálisis (1).

El riñón fue el primer órgano vital que logró ser trasplantado, y sobre él se desarrollaron la mayor parte de los conocimientos sobre inmunología, fisiología, farmacología y más recientemente la psicología del proceso de injerto de órganos. Desde que Patrick Borel realizó en 1972 el primer estudio psiquiátrico en pacientes de trasplante, los psiquiatras se han involucrado en el cuidado de los pacientes sometidos a este procedimiento, los cuales, dado el gran estrés que implica el proceso, tienen un riesgo importante de sufrir trastornos psiquiátricos

(2), esto tiene tal importancia que, prácticamente todos los programas de trasplante requieren de evaluaciones psicosociales para sus receptores potenciales (3).

El trasplante renal, así como los de otros órganos, se ha transformado de métodos experimentales poco comunes en procedimientos terapéuticos rutinarios, en particular después de la introducción de la ciclosporina en 1978, la cual, al evitar el rechazo del injerto aún ante diferencias antigénicas importantes mejorando los resultados en donadores vivos, ha permitido la utilización exitosa de órganos provenientes de individuos no emparentados, en muerte cerebral, aumentando en forma notable la sobrevida de los pacientes trasplantados (2).

En México hay entre 30 y 40 personas, por millón de habitantes, con IRC, para quienes tienen la posibilidad de ser incluidos en los varios programas de trasplante existentes, sin embargo, la principal limitante para las cirugías de este tipo radica en la escasez de órganos disponibles, debido a que algunos pacientes no cuentan con un donador vivo relacionado idóneo, ya sea por incompatibilidad, estado de salud de los donadores potenciales, o bien falta de parientes; para estas personas su esperanza queda centrada en que mientras su salud les permita enfrentar el trasplante se localice a un donador cadavérico, es decir, una

persona razonablemente sana con muerte cerebral causada en forma repentina, que ya sea él mismo en vida, o bien sus familiares quienes cedan los órganos para ser colocados en otras personas (1).

En cualquier caso, el proceso del trasplante es altamente ansiogénico, aumentando esta ansiedad en tanto más larga sea la espera para la realización de la cirugía (4, 5, 6). Es muy común la aparición de ideas de culpa y otros síntomas depresivos en el receptor, ya que se tiene la convicción de que para su propia supervivencia se requerirá de la muerte, o bien al menos la mutilación, de otra persona (7). Tomando en cuenta que, a diferencia del receptor de donador vivo, el paciente en lista de espera para donador cadavérico no tiene la certeza de que obtendrá un órgano a tiempo para salvar su vida (70% fallece antes de conseguirlo) (8), o bien, en los casos en que ninguno de sus familiares haya aceptado donar un riñón, estos pacientes se sienten rechazados por su propio grupo primario de apoyo (9, 10, 11), entonces es comprensible que el grado de ansiedad y depresión sufrido por estos pacientes será mayor al de las personas quienes ya cuentan con un donador (9, 10, 11).

Zdanowicz menciona que las complicaciones psiquiátricas del trasplante de órganos pueden presentarse en tres etapas:

1. Espera del trasplante
2. Posterior al trasplante
3. Relacionados a una enfermedad psiquiátrica de larga evolución (12)

Cabe considerar que el 60% de los pacientes candidatos a trasplante cumplen criterios diagnósticos para trastornos del eje I del DSM-IV y aproximadamente en un 32% para trastornos del eje II, asociándose estos últimos a un pobre apego terapéutico, mientras que los primeros se relacionan a una pobre capacidad de adaptación. El 25% de los pacientes presentan comorbilidad en los ejes I y II, representando un grupo de mal pronóstico (13).

En general se considera que el período de espera es la parte más estresante del trasplante (4, 5); entre los factores que pueden prolongar la espera y modificar el tipo de donador se encuentran las enfermedades médicas tanto del donador como del paciente, el tamaño corporal, la compatibilidad de tejidos y la disponibilidad de órganos. Al prolongarse la espera, el paciente frecuentemente experimenta miedo y un sentimiento de inutilidad, ya que su propio estado físico se deteriora aún antes de que pueda beneficiarse del trasplante, por lo tanto, es posible que el paciente se sienta abandonado por el equipo de trasplante (7, 10), indicándose entonces el seguimiento por parte del psiquiatra, el cual es ya un elemento

imprescindible en los equipos de trasplante (3, 14). Además, la ansiedad puede incrementarse por falta de información sobre el proceso quirúrgico, en particular sobre puntos específicos que generan miedo; si estos puntos son explicados, la ansiedad consecuentemente disminuye. Los aspectos que más dudas causan se refieren a cambios en la imagen corporal (4, 5), conflictos en las emociones y cambios laborales, sociales y sexuales (15, 16).

Por su parte hay otros aspectos del trasplante que ameritan la valoración psiquiátrica, algunos de ellos relacionados a la fantasía de la mutilación, ya que la pérdida de un órgano es asumida como castración y castigo; o bien, la colocación del injerto puede ser tomada como "invasión por otra persona" (14, 17).

En general, los pacientes con mayor riesgo de presentar problemas psiquiátricos postoperatorios pueden detectarse antes de la cirugía, para lo cual Bryant y Mayou enfatizaron la importancia de las mediciones clínicas preoperatorias, psicológicas, de funcionamiento social y factores demográficos con el fin de predecir resultados sociales, tales como el retorno al trabajo y una mejor salud mental (18). Estas evaluaciones permiten solucionar problemas psicosociales antes del trasplante en 20-25% de los pacientes. La ausencia de sintomatología psiquiátrica pre-trasplante es un buen indicador de calidad de vida postrasplante

(19), mientras que la presencia de tales síntomas puede convertirse en un verdadero obstáculo, se calcula que a largo plazo, el 32-50% de los pacientes tendrán algún cuadro psiquiátrico (6, 7).

El caso de los niños y adolescentes trasplantados merece especial atención. Si bien es posible encontrar valores normales en las *escalas de personalidad de California*, de ajuste social, ansiedad y autoestima, la mayor parte de estos pacientes tienden a mezclar sentimientos (7). Se estima que el 10% de dichos pacientes presentan severas manifestaciones conductuales o reacciones emocionales tales como depresión, sobreprotección, conflictos donador-receptor, dificultades con hermanos no afectados, expectativas irreales sobre el trasplante y particularmente en los adolescentes, actos fallidos (20).

En los pacientes con IRC, así como todas las personas con un padecimiento médico son especialmente susceptibles a los cuadros de ansiedad y depresión. Según Silverstone hay tres factores primordiales involucrados en esta alta incidencia:

1. La reacción psicológica del paciente frente al problema médico
2. La enfermedad médica y sus características propias
3. La terapéutica empleada para combatir la enfermedad física (21)

Katon revisó el impacto provocado por la depresión sobre la evolución y el tratamiento de las enfermedades médicas crónicas, encontrando que el 41% de los pacientes tenían comorbilidad psiquiátrica, principalmente ansiedad y depresión, lo cual repercutía en una evolución tórpida de su padecimiento de base, y reducía la eficacia del tratamiento instituido, llevando a períodos de internamiento más largos, y consecuentemente a un mayor desgaste físico y emocional (22).

En el caso específico del trasplante, 52% de los receptores tuvieron ansiedad y/o depresión (4), con una incidencia de suicidio entre 100 y 400 veces mayor al de la población general (23, 24). Como ya fue mencionado, la comorbilidad psiquiátrica de los candidatos a trasplante, junto con su apoyo familiar (25, 26), repercute en su apego al tratamiento, lo cual, en algunas instituciones es motivo suficiente para descartar a un candidato para trasplante (6, 27-29).

El modelo biopsicosocial de la salud, aplicado al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades médicas, indujeron la necesidad de crear herramientas que apoyaran los diagnósticos clínicos, entre las que se encuentran las escalas clinimétricas; de estas últimas, las más usadas para ansiedad y depresión son las

escalas de ansiedad y depresión de Hamilton (HAM-A y HAM-D respectivamente) y la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) (30-32).

La escala HAD fue creada por Zigmond y Snaith en 1983 para identificar las dos formas más comunes de trastornos psicológicos en el ambiente de pacientes médicamente enfermos, para lo cual, se evitaron incluir los síntomas somáticos de ansiedad y depresión (33). En la actualidad su función clínica es la de identificar estados de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedades médicas ya sean hospitalizados o ambulatorios, y de ser necesario, puede ser utilizado para identificar cambios en cuanto a los trastornos mencionados (34).

Dado el gran volumen de pacientes que se atienden en hospitales generales, el HAD se diseñó como un instrumento autoaplicable, con la intención de que no se requiriese forzosamente la presencia de un psiquiatra durante la entrevista (33-35).

Además del HAD, existen otros instrumentos autoaplicables que sirven para medir disfunción de orden psicológico; el primero de ellos es el cuestionario general de salud (GHQ), el cual no mide trastornos específicos, sino más bien, mide malestar; la escala de depresión de Zung (ZDS) y su modificación abreviada, el inventario

de depresión de Wakefield (WDI) tienen el inconveniente de que investigan exclusivamente depresión y tienen una sensibilidad muy baja; por su parte, los inventarios de ansiedad y depresión de Beck (BAI, BDI) tienen el problema de que incluyen varios ítems sobre aspectos somáticos de los trastornos que evalúan, lo cual es un factor de confusión al calificar a pacientes médicamente enfermos; por otra parte, la escala geriátrica de depresión (GDS) se ha validado exclusivamente en pacientes ancianos (36, 37). Tomando en cuenta lo anterior, el HAD es, a la fecha, el instrumento más adecuado para evaluar ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad somática (34).

El formato del HAD contiene dos subescalas de siete ítems cada una: ansiedad y depresión. Cada reactivo tiene cuatro respuestas posibles que puntúan de cero a tres, ya que se consideró por los autores (panel de expertos que establecieron la validez del instrumento) que era más fidedigno preguntar al paciente “¿qué tanto?” en lugar de “¿tiene?”, y están ordenadas de tal forma que se evita que el paciente responda un punto medio en cada reactivo. La escala va precedida de instrucciones sencillas para ser contestado (33). En general, el tiempo que requiere el paciente para responder las 14 preguntas del HAD es de 2 minutos y se ha reportado que al menos el 95% de los pacientes a quienes se les requiere para contestar, lo hacen adecuadamente (34, 38).

En cuanto a la confiabilidad interna del HAD, se han reportado α de Cronbach que van de 0.80 a 0.84 en la subescala de ansiedad; de 0.71 a 0.86 en la subescala de depresión y de 0.82 a 0.9 para la escala completa (38-43). Con respecto a la confiabilidad externa, la estabilidad de test-retest expresada como coeficiente de correlación producto-momento de Pearson es de 0.89 para la subescala de ansiedad, 0.86 para a subescala de depresión y 0.91 para la escala completa ($p < 0.001$) (38-43).

Para establecer la validez de criterio, se instituyó como estándar de oro la exploración clínica por psiquiatras entrenados (3). El instrumento, para identificar sujetos ansiosos o deprimidos, debe dicotomizar al puntaje ordinal de la escala a partir de un punto de corte establecido; si es necesario identificar a todos los pacientes aún a expensas de un número elevado de falsos positivos, se usará un punto de corte bajo; mientras que para otras circunstancias, como por ejemplo, ofrecer un manejo costoso para sólo un número reducido de pacientes severamente afectados, se recomienda usar un punto de corte más alto (33, 34). Los autores sugieren que para un tamizaje (probable caso), se utilice un punto de corte en 8 (sensibilidad=56%, especificidad=82%, valor predictivo positivo=43%),

mientras que para establecer diagnósticos recomiendan un punto de corte de 11 (sensibilidad=50%, especificidad=92%, valor predictivo positivo=75%) (38-43).

En México, Whalley y Ortega-Soto llevaron a cabo el estudio de validación del HAD en pacientes quemados, encontrando en la subescala de ansiedad una sensibilidad de 62% y especificidad de 58% con punto de corte en 8; mientras que con punto de corte en 10, se calculó sensibilidad de 18.7% y especificidad de 75%. Respecto a la subescala de depresión se encontró para el punto de corte en 8, sensibilidad de 60% con especificidad de 57%, mientras que con el punto de corte en 10 se halló sensibilidad de 48% y especificidad de 70% (35)

Con respecto a la validez de construcción se ha reportado que en una muestra de 6200 sujetos, utilizando puntos de corte en 11 para ansiedad y 9 para depresión, se encontró ansiedad anormal en 7% de los controles sanos y 56% de pacientes psiquiátricos; el 22% de los pacientes con enfermedad física tuvieron marcadores indicativos de ansiedad. En cuanto a la depresión, varió de 2% en estudiantes de medicina hasta 48% en pacientes psiquiátricos y 50% en sujetos con enfermedad física crónica; la aparente discordancia de este último dato se explica con base en que no todos los pacientes psiquiátricos habían sido diagnosticados con ansiedad o depresión (34).

En lo que concierne al análisis factorial, se ha determinado que el HAD contiene dos constructos, siendo cada uno de ellos correspondiente a cada subescala del instrumento; la ansiedad es tomada del *Present State Examination*, mientras que la depresión fue definida como anhedonia, ya que de tal forma se eliminan los síntomas somáticos y se relaciona con respuesta a antidepresivos. El análisis de la subescala de ansiedad indica un factor único que representa el 57% de la varianza, mientras que en la subescala de depresión también se encontró un factor único que aporta 47% de la varianza (53% de la varianza para la escala completa), lo cual es muy aproximado a otras escalas, tales como el BDI, el GHQ y el HAM-D (39).

Tomando en cuenta lo anterior, el HAD es, a la fecha, el instrumento más adecuado para evaluar, en forma rápida y sencilla, tanto los síndromes de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad somática, así como la respuesta de estos padecimientos al tratamiento (34)

Actualmente existen dos escalas para la evaluación psicosocial de los candidatos a recibir órganos, éstas son el *Psychosocial Assessment of Candidates for Transplant* (PACT) (44) y el *Transplantation Evaluation Rating Scale* (TERS) (45);

ambos evalúan estado mental, abuso de sustancias, hábitos de salud, apoyo social y apego al tratamiento, el PACT se correlaciona mejor con los resultados del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI), mientras que el TERS es más eficaz en detectar depresión, mejor variabilidad interobservador y mejor correlación con los resultados clínicos (6); desafortunadamente ninguna de estas escalas evalúa específicamente depresión y no están disponibles en México.

JUSTIFICACIÓN

Hoy en día, los trasplantes están limitados principalmente por la escasez de órganos, cuya donación implica ciertas situaciones conflictivas que van más allá de la buena voluntad de receptores, donadores y familiares. Consideramos que el paciente en lista de espera para donación cadavérica presenta un mayor riesgo de padecer trastornos afectivos en comparación con quienes ya tienen un donador vivo relacionado, debido esencialmente a que no tienen la certeza de que se encontrará un donador cadavérico a tiempo para salvarles la vida, esto pudiendo ser aún más dramático en aquellos sujetos cuyos familiares se hayan negado a ceder un órgano.

ambos evalúan estado mental, abuso de sustancias, hábitos de salud, apoyo social y apego al tratamiento, el PACT se correlaciona mejor con los resultados del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI), mientras que el TERS es más eficaz en detectar depresión, mejor variabilidad interobservador y mejor correlación con los resultados clínicos (6); desafortunadamente ninguna de estas escalas evalúa específicamente depresión y no están disponibles en México.

JUSTIFICACIÓN

Hoy en día, los trasplantes están limitados principalmente por la escasez de órganos, cuya donación implica ciertas situaciones conflictivas que van más allá de la buena voluntad de receptores, donadores y familiares. Consideramos que el paciente en lista de espera para donación cadavérica presenta un mayor riesgo de padecer trastornos afectivos en comparación con quienes ya tienen un donador vivo relacionado, debido esencialmente a que no tienen la certeza de que se encontrará un donador cadavérico a tiempo para salvarles la vida, esto pudiendo ser aún más dramático en aquellos sujetos cuyos familiares se hayan negado a ceder un órgano.

Tomando en cuenta lo anterior, resulta importante establecer un adecuado diagnóstico de la ansiedad y depresión asociadas a la enfermedad de base, la espera del trasplante y la esperanza de vida asociada al procedimiento; todo ello se favorecería en un manejo multidisciplinario adecuado, mejorando consecuentemente la calidad de vida del paciente.

HIPÓTESIS

Los pacientes con IRC en espera de donación cadavérica, tendrán niveles de ansiedad y depresión significativamente mayores que los pacientes que cuentan con un donador vivo.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar si los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con IRC en espera de donación cadavérica para trasplante renal, son mayores en comparación a pacientes con IRC en espera de trasplante de donador vivo relacionado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la diferencia de ansiedad y depresión en pacientes con IRC en espera de donación cadavérica para trasplante renal, en comparación con

Tomando en cuenta lo anterior, resulta importante establecer un adecuado diagnóstico de la ansiedad y depresión asociadas a la enfermedad de base, la espera del trasplante y la esperanza de vida asociada al procedimiento; todo ello se favorecería en un manejo multidisciplinario adecuado, mejorando consecuentemente la calidad de vida del paciente.

HIPÓTESIS

Los pacientes con IRC en espera de donación cadavérica, tendrán niveles de ansiedad y depresión significativamente mayores que los pacientes que cuentan con un donador vivo.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar si los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con IRC en espera de donación cadavérica para trasplante renal, son mayores en comparación a pacientes con IRC en espera de trasplante de donador vivo relacionado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la diferencia de ansiedad y depresión en pacientes con IRC en espera de donación cadavérica para trasplante renal, en comparación con

Tomando en cuenta lo anterior, resulta importante establecer un adecuado diagnóstico de la ansiedad y depresión asociadas a la enfermedad de base, la espera del trasplante y la esperanza de vida asociada al procedimiento; todo ello se favorecería en un manejo multidisciplinario adecuado, mejorando consecuentemente la calidad de vida del paciente.

HIPÓTESIS

Los pacientes con IRC en espera de donación cadavérica, tendrán niveles de ansiedad y depresión significativamente mayores que los pacientes que cuentan con un donador vivo.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar si los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con IRC en espera de donación cadavérica para trasplante renal, son mayores en comparación a pacientes con IRC en espera de trasplante de donador vivo relacionado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la diferencia de ansiedad y depresión en pacientes con IRC en espera de donación cadavérica para trasplante renal, en comparación con

pacientes con IRC en espera de trasplante renal de donador vivo, empleando la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD).

2. Conocer la comorbilidad ansiosa y depresiva en los pacientes para trasplante renal.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO

Se trata de un estudio transversal, comparativo, abierto, exploratorio, (escrutinio comparativo, transversal, heterodémico) consistente en la aplicación del HAD en dos grupos de pacientes en espera de trasplante renal, divididos de acuerdo al tipo del donador de quienes recibirán el órgano, ya sea vivo o cadavérico.

DEFINICIÓN DEL UNIVERSO

Se estudió a todos los pacientes incluidos en el programa de trasplante renal del CMN "20 de Noviembre", los cuales fueron entrevistados en el servicio de psiquiatría durante la primera evaluación psiquiátrica contemplada en dicho programa (ya que la experiencia del paciente frente a la enfermedad crónica, varía a lo largo del tiempo) (46, 47) y mencionada en el reglamento de la ley general de salud para trasplantes, aplicándose en ese momento por el autor la escala HAD. Para la presente tesis, tomando en cuenta las consecuencias de trastornos

pacientes con IRC en espera de trasplante renal de donador vivo, empleando la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD).

2. Conocer la comorbilidad ansiosa y depresiva en los pacientes para trasplante renal.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO

Se trata de un estudio transversal, comparativo, abierto, exploratorio, (escrutinio comparativo, transversal, heterodémico) consistente en la aplicación del HAD en dos grupos de pacientes en espera de trasplante renal, divididos de acuerdo al tipo del donador de quienes recibirán el órgano, ya sea vivo o cadavérico.

DEFINICIÓN DEL UNIVERSO

Se estudió a todos los pacientes incluidos en el programa de trasplante renal del CMN "20 de Noviembre", los cuales fueron entrevistados en el servicio de psiquiatría durante la primera evaluación psiquiátrica contemplada en dicho programa (ya que la experiencia del paciente frente a la enfermedad crónica, varía a lo largo del tiempo) (46, 47) y mencionada en el reglamento de la ley general de salud para trasplantes, aplicándose en ese momento por el autor la escala HAD. Para la presente tesis, tomando en cuenta las consecuencias de trastornos

afectivos sobre la evolución del paciente e incluso en retraso de fechas de cirugía de trasplante renal, así como el número relativamente de pequeño de pacientes en el programa de trasplantes, se eligió un punto de corte de 8 para ambas escalas.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se incluyó a todos los pacientes en espera de trasplante renal que fueron entrevistados a partir del 1º de enero de 1998 al 15 de marzo de 1999, habiendo obtenido 43 pacientes en total, 31 de ellos disponiendo de donador vivo y 13 en espera de donador cadavérico.

DEFINICIÓN DE LOS SUJETOS DE OBSERVACIÓN:

Pacientes incluidos en el programa de trasplante renal del CMN "20 de Noviembre" que hayan sido inscritos en la lista de espera para donación cadavérica.

DEFINICIÓN DEL GRUPO CONTROL:

Pacientes incluidos en el programa de trasplante renal del CMN "20 de Noviembre" que dispongan de un donador vivo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- **Mayores de 18 años de edad**
- **Alfabetos**
- **Diagnosticados con IRC**
- **Incluidos en el programa de trasplantes del CMN "20 de Noviembre"**

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- **Pacientes que estén recibiendo antidepresivos**
- **Pacientes que estén recibiendo ansiolíticos**

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- **Pacientes que no acudan a las citas en el servicio de psiquiatría**

DEFINICIÓN DE VARIABLES Y UNIDADES DE MEDIDA

Las escalas de ansiedad y depresión son ordinales. La ansiedad se define como una serie de combinaciones variadas de manifestaciones físicas y mentales de temor no atribuibles a un peligro real y que aparecen ya sea por accesos, ya sea con la forma de un estado permanente. La depresión es una alteración en el

afecto, caracterizado por tristeza que puede llegar a ser permanente e incluso incapacitante (48, 49).

PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS

Las frecuencias de estados ansiosos y depresivos fueron descritas como porcentajes; por su parte, la severidad de dichos estados es expresada por los puntajes respectivos de cada paciente, los cuales fueron agrupados en “donador vivo” y “donador cadavérico”. Las comparaciones entre ambos grupos, así como entre sexos se realizó mediante prueba de suma de rangos de Mann-Whitney, χ^2 (o prueba de Fisher cuando fue aplicable) y riesgo relativo.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se trata de un estudio aplicado, exploratorio, clínico, transversal abierto (escrutinio comparativo, transversal, heterodémico).

ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio tiene, desde el punto de vista ético un riesgo mínimo, sin embargo, como toda información psiquiátrica, los datos producidos por el HAD son confidenciales (Reglamento de la Ley General de Salud en materia de

Atención Médica, artículos 133 y 134). Este estudio fue aprobado por el Comité de Bioética del CMN "20 de Noviembre".

CONSENTIMIENTO INFORMADO

No requerido. El HAD es una escala utilizada como rutina en pacientes médicamente enfermos que acuden al servicio de psiquiatría y comorbilidad ansiosa y depresiva.

BIOSEGURIDAD

El presente estudio no implica riesgos relativos a bioseguridad.

RESULTADOS

Se recolectaron datos de 43 pacientes, cuyas características demográficas se resumen en la Tabla 1. Entre los 31 pacientes con DVR se encontró que el 33.33% presentaron puntuaciones significativas para ansiedad (6.60 ± 2.65 puntos, punto de corte=8) y el 40% mostraron depresión (5.9 ± 3.29 puntos, punto de corte=8); mientras que entre 13 los pacientes en espera de DC, el 75% presentaron ansiedad (10.17 ± 2.48) y el 90% depresión (12.0 ± 9.33) (véase tabla 2). No hubo diferencias estadísticamente significativas en los puntajes comparando entre sexos de los pacientes o diagnósticos somáticos.

Atención Médica, artículos 133 y 134). Este estudio fue aprobado por el Comité de Bioética del CMN "20 de Noviembre".

CONSENTIMIENTO INFORMADO

No requerido. El HAD es una escala utilizada como rutina en pacientes médicamente enfermos que acuden al servicio de psiquiatría y comorbilidad ansiosa y depresiva.

BIOSEGURIDAD

El presente estudio no implica riesgos relativos a bioseguridad.

RESULTADOS

Se recolectaron datos de 43 pacientes, cuyas características demográficas se resumen en la Tabla 1. Entre los 31 pacientes con DVR se encontró que el 33.33% presentaron puntuaciones significativas para ansiedad (6.60 ± 2.65 puntos, punto de corte=8) y el 40% mostraron depresión (5.9 ± 3.29 puntos, punto de corte=8); mientras que entre 13 los pacientes en espera de DC, el 75% presentaron ansiedad (10.17 ± 2.48) y el 90% depresión (12.0 ± 9.33) (véase tabla 2). No hubo diferencias estadísticamente significativas en los puntajes comparando entre sexos de los pacientes o diagnósticos somáticos.

DISCUSIÓN

El trasplante renal implica *per se*, varios factores estresantes simultáneamente, los cuales son comunes a todos los posibles receptores. La diferencia entre tener un donador y tener que esperar una donación cadavérica repercute directamente en el estado mental de los pacientes, ya que los pacientes con DC tienen un mayor riesgo de padecer cuadros ansiosos; con respecto a la depresión, si bien la diferencia no fue estadísticamente significativa en términos de número de casos, el que los pacientes en espera de DC tengan mayores puntajes que quienes cuentan con DVR podría implicar que aunque compartan una prevalencia similar, los enfermos que esperan DC sufran cuadros depresivos más severos; además, al comparar nuestra muestra contra 51 pacientes ingleses con IRC en espera de trasplante renal (50) (véase Tabla 4.) sólo encontramos una diferencia significativa en la subescala de depresión, comparando con los enfermos en espera de DC, lo cual parece apoyar esta sugerencia. Sin embargo, lo anterior debe tomarse con cautela, ya que dadas las diferencias culturales de nuestra población con la encontrada en la literatura, muy probablemente existan distintos conceptos de enfermedad.

Por otra parte, comparando nuestra muestra contra 100 pacientes con diversas enfermedades crónicas de nuestro hospital (51) (véase Tabla 4) hallamos que los

otros enfermos crónicos tienen un mayor riesgo de padecer tanto ansiedad como depresión que nuestra población con DVR, lo cual no sucede en aquellos que esperan DC, indicando que el estado afectivo de los enfermos crónicos y de los pacientes con IRC en espera de DC es similar entre sí y que los enfermos de IRC con DV se encuentran en una mejor situación con este respecto, lo anterior parece señalar que existieran ideas sobrevaloradas respecto al pronóstico de su padecimiento en los sujetos con IRC y DV (lo que no necesariamente significa que sean realistas) en comparación con todos los enfermos crónicos, incluyendo a los que tienen IRC en espera de DC. Concerniente a esto, se debe dar una mejor orientación a los pacientes sobre límites y alcances del trasplante.

Concluimos que estas diferencias entre los pacientes, particularmente en el número de casos de ansiedad y la severidad de la depresión, indican que los protocolos de seguimiento psiquiátrico deben ser diferentes entre los candidatos a trasplante renal, de acuerdo al tipo de donador que tendrán. Sugerimos también que se realice un estudio longitudinal en estos pacientes que compare el estado afectivo tanto contra el tiempo de espera para la realización del trasplante, como contra la evolución clínica posterior al trasplante.

Tabla 1. Características demográficas de los sujetos incluidos

	Donador vivo	Donador cadavérico
N	31	12
Edad (años)	35.7±5.4	32.1±7.5
Hombres/mujeres	19/12	6/4
IRC secundaria a glomerulonefritis	26	10
IRC secundaria a tubulopatía intersticial	5	2

Tabla 2. Resultados de cada paciente incluido en el estudio

PACIENTE	ANSIEDAD	DEPRESION
Donador vivo 1	5	2
Donador vivo 2	6	6
Donador vivo 3		4
Donador vivo 4	7	
Donador vivo 5	7	
Donador vivo 6	5	
Donador vivo 7	4	6
Donador vivo 8		3
Donador vivo 9	6	
Donador vivo 10	7	6
Donador vivo 11		
Donador vivo 12	6	2
Donador vivo 13		
Donador vivo 14		
Donador vivo 15	4	1
Donador vivo 16	3	2
Donador vivo 17	4	3
Donador vivo 18		5
Donador vivo 19	4	1
Donador vivo 20		
Donador vivo 21	4	3
Donador vivo 22		
Donador vivo 23	4	3
Donador vivo 24		
Donador vivo 25	3	2
Donador vivo 26		
Donador vivo 27	6	
Donador vivo 28	6	4
Donador vivo 29	3	5
Donador vivo 30	6	7
Donador vivo 31	7	
Donador cadavérico 1		
Donador cadavérico 2		
Donador cadavérico 3		
Donador cadavérico 4		
Donador cadavérico 5		
Donador cadavérico 6		
Donador cadavérico 7		
Donador cadavérico 8	7	
Donador cadavérico 9	6	7
Donador cadavérico 10		
Donador cadavérico 11		3
Donador cadavérico 12		6

Tabla 3. Resumen estadístico de los resultados

DV vs DC	Ansiedad	Depresión
Prueba de Fisher	$p = 0.005$	$p = 0.088$
Prueba de Mann-Whitney	$Z = 3.39$ $p < 0.001$	$Z = 2.791$ $p = 0.005$
Riesgo relativo	10.5	4

Tabla 4. Comparación de los grupos de estudio con otras poblaciones

Grupo	Ref.	Subescala	DVR+DC	DVR	DC
51 pacientes ingleses con IRC	50	Ansiedad	$\chi^2=0.798$ $p=0.372$	$\chi^2=0.002$ $p=0.967$	$\chi^2=0.103$ $p=0.748$
		Depresión	$\chi^2=1.729$ $p=0.189$	$\chi^2=0.065$ $p=0.798$	$\chi^2=5.345$ $p=0.021$
100 pacientes del "CMN 20 de Noviembre" con enfermedades crónicas*	51	Ansiedad	$\chi^2=25.801$ $p<0.001$	$\chi^2=36.115$ $p<0.001$	$\chi^2=0.001$ $p=0.999$
		Depresión	$\chi^2=17.809$ $p<0.001$	$\chi^2=19.798$ $p<0.001$	$\chi^2=0.038$ $p=0.845$

*26 pacientes con enfermedades neoplásicas, 23 con enfermedades hematológicas, 22 con cardiopatías, 8 con enfermedades neurológicas y 6 con insuficiencia hepática.

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

BIBLIOGRAFÍA

- 1. Comité de diálisis y trasplante renal: Donación de órganos en México. Fundación Mexicana para la salud, 1990.**
- 2. Küss R, Bourget P: An illustrated history of organ transplantation, the great adventure of the century. Basilea, Sandoz, 1992.**
- 3. Levenson JL, Olbrisch ME: Psychosocial evaluation of organ transplant candidates. A comparative survey process, criteria and outcomes in heart, liver and kidney transplantation. Psychosomatics 1993; 34: 314-23.**
- 4. Mai F: Psychiatric aspects of heart transplantation. Br J Psychiatry 1993; 163: 285-92.**
- 5. Stuber ML: Psychiatric aspects of organ transplantation in children and adolescents. Psychosomatics 1993; 34: 379-87.**
- 6. Strouse TB, Wolcott DL, Skotzko CE: Transplantation en: Rundell JR, Wise MG (eds): Textbook of consultation-liaison psychiatry. Washington, American Psychiatric Press, 1996: 640-70.**
- 7. Kuhn WF, Brennan AF: Psychiatric distress during stages of heart transplant protocol. J Heart Transplant 1990; 9: 25-9.**
- 8. Comunicación personal del Dr. Luis Terán Ortiz, Director del Registro Nacional de Trasplantes, Secretaría de Salud, 1999.**

9. Zdanowicz N, Reynaert C, Janne P: Transplants and psychiatry. *Psychosomatics* 1998; 39: 391-2.
10. House RM: Transplantation surgery en: Stoudmire A (ed): *Psychiatric care of the medical patient.* , Oxford, Oxford University Press, 1993: 803-16.
11. Levy NB: Chronic renal failure and its treatment dialysis and transplantation en Stoudmire A (ed): *Psychiatric care of the medical patient.* Oxford, Oxford University Press, 1993: 627-36.
12. Zdanowicz N: Psychiatric complications of organ transplantation. *Ann Med Psychol* 1996; 154: 232-7.
13. Chacko RC: Relationship of psychiatric comorbidity and psychosocial factors in organ transplant candidates. *Psychosomatics* 1996; 32: 100-7.
14. Raskovic S: Psychodynamic aspects of organ transplantation. X world congress of psychiatry (WPA) 1996, Madrid, España.
15. Neira MC: Some psychological aspects of kidney transplant. X world congress of psychiatry (WPA) 1996, Madrid, España.
16. Rundell JR, Hall RCW: Psychiatric characteristics of consecutively evaluated outpatient renal transplant candidates and comparisons with consultation-liaison inpatients. *Psychosomatics* 1997; 38: 269-76.

17. Shapiro PA: Psychosocial evaluation and prediction of compliance problems and morbidity after heart transplantation. *Transplantation* 1995; 60: 1402-66.
18. Bryant B, Mayou R: Prediction of outcome after coronary artery surgery. *J Psychosom Res* 1989; 33: 427-9.
19. Cohen L, Littlefield C, Kelly P, Maurer J, Abbey S: Predictors of quality of life and adjustment after lung transplantation. *Chest* 1998; 113: 633-44.
20. Bernstein DM: Psychiatric assessment of the adjustment of transplanted children en: *Gift of life, The social and psychological impact of organ transplantation*. New York, John Wiley & sons 1997: 119-47.
21. Silverstone P: Concise assessment for depression: a brief screening approach to depression in the medically ill. *J Psychosom Res* 1996; 42: 161-70.
22. Katon W: The impact of major depression on chronic medical illness. *Gen Hosp Psychiatry* 1993; 15: 69-74.
23. Surman OS: Psychiatric aspects of organ transplantation. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 972-82
24. Neu S, Kjellstrand CM: Stopping long term dialysis. *N Engl J Med* 1986; 314: 14-20.

25. Dew MA, Roth LH, Thompson ME: Medical compliance and its predictors in the first year after heart transplantation. *J Heart Lung Transplant* 1996; 15: 631-45.
26. Kiley DJ, Lam CS, Pollak R: A study of treatment compliance following kidney transplantation. *Transplantation* 1993; 55: 51-6.
27. Corley MC, Sneed G: Criteria in the selection of organ transplant recipients. *Heart Lung* 1994; 23: 446-57.
28. Surman OS, Portillo R: Reevaluation of organ transplantation criteria. Allocation of scarce resources to borderline candidates. *Psychosomatics* 1992; 33: 202-12.
29. Olbrisch ME, Levenson JL: Psychosocial assessment of organ transplantation candidates. Current status of methodological and philosophical issues. *Psychosomatics* 1995; 36: 236-43.
30. Fava G: Beyond the biopsychosocial model: psychological characterizations of medical illness. *J Psychother Res* 1996; 40: 117-20.
31. Snaith P: What do anxiety scales measure? *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93: 177-80.
32. Gibbons D, Clark D: Exactly what does the Hamilton Depression rating scale measure? *J Psychiatr Res* 1993; 27: 259-73.

33. Zigmund A, Snaith R: The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361-70.
34. Herrman C: International experiences with the anxiety and depression scale. A review of validation data and clinical results. *J Psychother Res* 1997; 42: 17-41.
35. Whalley-Sánchez, Ortega-Soto HA, Hernández E: Diagnóstico de ansiedad y depresión en pacientes quemados. El HAD como herramienta diagnóstica. Tesis para la especialidad en psiquiatría, UNAM 1992.
36. Meakin CJ: Screening for depression in the medically ill. The future of paper and pencil tests. *Br J Psychiatry* 1992; 160: 212-6.
37. Aylard PR, Gooding JH, McKenna PJ, Snaith RP: A validation study in three anxiety and depression self-assessment scales. *J Psychosom Res* 1987; 31: 261-8
38. Spinhoven P: A validation study of the HADs in different groups of dutch subjects. *Psychol med* 1997; 27: 363-70.
39. Moorey S, Greer S, Watson M, et al: The factor structure and factor stability of the hospital anxiety and depression scale in patients with cancer. *Br J Psychiatry* 1991; 158: 255-9.

40. El-Rufaie OEFA, Absood G: Validity study of the hospital anxiety and depression scale among a group of Saudi patients. *Br J Psychiatry* 1987; 151: 687-8.
41. Malasi TH, Mizra IA, El-Islam MF: Validation of the hospital anxiety and depression scale in Arab patients. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84: 323-6.
42. Razavi D, Delvaux N, Bredart A, et al: Screening for psychiatric disorders in a lymphoma out-patient population. *Eur J Cancer* 1992; 28 A: 1869-72.
43. Berard RMF, Boermeester F, Viljoen G: Depressive disorders in an outpatient oncology setting: prevalence, assessment and management. *Psycho-oncology* 1998; 7: 112-20.
44. Olbrisch ME, Levenson JL, Hamer R: The PACT: a rating scale for the study of clinical decision-making in psychosocial screening criteria for organ transplant candidates. *Clin Transplantation* 1989; 3: 164-9.
45. Twillman RK, Manetto C, Wolcott DL: The transplant evaluation rating scale: a revision of the psychosocial levels system for evaluating organ transplant candidates. *Psychosomatics* 1993; 34: 144-53.
46. Porcelli P, Leoci C, Guerra V: A prospective study of the relationship between disease activity and psychologic distress in patients with inflammatory bowel disease. *Scand J Gastroenterol* 1996; 31: 791-6.