



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL

UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “DR. BERNARDO SEPULVEDA”
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS Y SU RELACIÓN CON
LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES HEMODIALIZADOS
CON ENFERMEDAD RENAL TERMINAL

T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA:

ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA

PRESENTA:

DR. RAFAEL ÁNGEL GÓMEZ BENUMEA

ASESORES

M. en C. DR. FELIPE VÁZQUEZ ESTUPIÑAN

D. en C. DRA. GUADALUPE AGUILAR MADRID

M. en C. DR. CUAUHTÉMOC JUÁREZ PÉREZ



MÉXICO, D.F.

FEBRERO 2012.



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UMAE HOSTILAT DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

TITULO

**PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS Y SU RELACIÓN CON LA
CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES HEMODIALIZADOS
CON ENFERMEDAD RENAL TERMINAL**

No de Folio: 2011- 360 - 132

TESIS QUE PRESENTA

Dr. RAFAEL ÁNGEL GÓMEZ BENUMEA

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA

ASESORES: M. en C. DR. MARTIN FELIPE VÁZQUEZ ESTUPIÑAN
D. en C. DRA. GUADALUPE AGUILAR MADRID
M. en C. DR. CUAHUTEMOC ARTURO JUAREZ PÉREZ

DOCTORA
DIANA G. MENEZ DÍAZ
JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

M. EN C. DR. FELIPE VÁZQUEZ ESTUPIÑÁN
TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

D. EN C. DRA. GUADALUPE AGUILAR MADRID
INVESTIGADORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
EN SALUD EN EL TRABAJO CMN SIGLO XXI

M EN C. DR. CUAUHTÉMOC JUÁREZ PÉREZ
INVESTIGADOR DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
EN SALUD EN EL TRABAJO CMN SIGLO XXI

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

A MI PADRES:

GRACIAS POR SU APOYO INCONDICIONAL, POR SU INFINITA PACIENCIA, POR SU TITÁNICO ESFUERZO Y POR SU FE EN MIS SUEÑOS, SIN LO CUAL NO HUBIERA LOGRADO ALCANZAR LA META DE ESTA ARDUA CARRERA.

A MIS HERMANOS:

GRACIAS POR SU APOYO, COMPAÑÍA, COMPRENSIÓN Y CONSEJOS, QUE FUERON UNA ALICIENTE PARA REALIZAR DE LA MEJOR MANERA Y CONCLUIR CADA DESAFIO.

A KARLA MI PROMETIDA Y FUTURA ESPOSA:

GRACIAS POR TU AMOR, APOYO, PACIENCIA, AYUDA Y POR SER LA LUZ DE MI VIDA Y LA MOTIVACIÓN CONSTANTE PARA LLEGAR A SER UNA MEJOR PERSONA.

AGRADEZCO:

A LA DRA. AGUILAR Y AL DR. CUAHTUTEMOC POR SU TIEMPO Y ESFUERZO DEDICADO A MI APRENDIZAJE, SIN EL CUAL NO HUBIERA SIDO POSIBLE LA REALIZACIÓN DE ESTA TESIS.

AL DR. VAZQUEZ Y A LA DRA CORLAY POR SU APOYO Y ENSEÑANZA.

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS DE LA RESIDENCIA: A JOAQUIN POR ESCUCHARME Y APOYARME EN ESTE LARGO CAMINO LLENO DE SORPRESAS, A HECTOR Y GRACIELA POR SU COMPAÑÍA Y FE, A MARTHA, CLAUDIA Y LORENA POR SU AMISTAD, CONFIANZA, FE Y APOYO INCONDICIONAL Y A JORGE POR ESAS LARGAS E INTERESANTES PLÁTICAS SOBRE GENÉTICA.

A TODOS MUCHAS GRACIAS POR CAMINAR A MI LADO.

ÍNDICE

RESUMEN.....	6
MARCO TEÓRICO.....	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
JUSTIFICACIÓN.....	18
OBJETIVOS.....	19
OBJETIVO GENERAL.....	19
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
HIPÓTESIS.....	19
MATERIAL Y MÉTODOS.....	20
TIPO DE ESTUDIO.....	20
POBLACIÓN DE ESTUDIO. SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	20
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.....	20
VARIABLES Y DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	20
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	22
LOGISTICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS.....	23
ANÁLISIS DE DATOS.....	24
ASPECTOS ÉTICOS.....	24
ORGANIZACIÓN.....	25
RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES.....	25
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	26
RESULTADOS.....	27
DISCUSIÓN.....	48
CONCLUSIONES.....	50
ANEXOS.....	51
BIBLIOGRAFÍA.....	83

RESUMEN

Introducción: La enfermedad renal terminal es la manifestación final común de un amplio espectro de enfermedades, cuya incidencia y prevalencia global se ha incrementado progresivamente en las últimas décadas. En México se estima una incidencia de alrededor de 4,000 nuevos casos al año y una prevalencia de ocho millones de personas con enfermedad renal crónica, de las cuales, cerca de 40,000 están adscritas a algún programa de terapia de sustitución. La prevalencia de trastornos psiquiátricos en esta población se han estimado hasta en un 71.4%, entre los más importantes destacan los trastornos del sueño (80%), los trastornos del estado de ánimo (40-60%), los trastornos de ansiedad (12-50%) y los trastornos cognitivos (10%).

Objetivos: Conocer la prevalencia de trastornos psiquiátricos en adultos con enfermedad renal terminal en terapia de sustitución en unidad de hemodiálisis de UMAE SXXI y evaluar la calidad de vida en adultos con enfermedad renal terminal en terapia de sustitución en unidad de hemodiálisis de UMAE SXXI.

Material y métodos: Estudio transversal, observacional, con base en la detección y evaluación de las características de la salud mental de la población seleccionada por medio de los siguientes instrumentos de tamizaje diagnóstico: Cuestionario sociodemográfico, Entrevista Internacional Neuropsiquiátrica (MINI), Escala de calidad de vida en pacientes con enfermedad renal (KDLoQ-SF), Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE), Inventario de depresión de Beck (BIA) e Inventario de ansiedad de Beck (BDI). El universo de estudio fueron aquellos pacientes que asistieron a la unidad de hemodiálisis de la UMAE CMN SXXI durante el periodo comprendido entre el 01 de febrero 2011 al 01 de mayo 2011. El tamaño de la muestra requerida se determinó por conveniencia.

Resultados: Los antecedentes psiquiátricos reportados fueron del 77.27% correspondiendo a un episodio depresivo, el trastorno de ansiedad generalizada se reportó como el segundo trastorno más prevalente con 45.45%. La distimia se reportó en tercer lugar (31.82%). Los otros trastornos psiquiátricos reportados en orden de prevalencia descendente fueron: ataques de pánico (18.18%), insomnio (18.18%), trastorno de estrés postraumático (0.9%) y epilepsia (4.55%). La atención en la salud mental comprendió el 45.45% de la muestra, el 27.27% refirió antecedentes de prescripción de psicofármacos y el 13.63% antecedentes de terapia psicológica. La calidad de vida cuantificada con la escala de Calidad de vida para pacientes renales reportó una puntuación media al interior de la muestra de 57.49 y se asoció negativamente con la presencia de trastorno de ansiedad generalizada ($p=0.01$) y una tendencia a la significancia estadística en relación con el trastorno depresivo mayor, la agorafobia y el trastorno por ataques de pánico.

Conclusiones: A pesar del tamaño de muestra estudiada, se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre el trastorno de ansiedad generalizada y la calidad de vida, no se encontraron asociaciones. La calidad de vida se vio afectada en pacientes que presentaban una edad menor a la media y los que fueron diagnosticados oportunamente presentaron un puntaje por arriba de la media en la calidad de vida. Los antecedentes de abuso y dependencia a sustancias deben ser estudiados con más profundidad para determinar el impacto en esta población vulnerable. Las complicaciones en hemodiálisis y el internamiento hospitalario fue más común en pacientes con un diagnóstico psiquiátrico.

DATOS DEL ALUMNO

Gómez

Benumea

Rafael Ángel

57801603

Universidad Nacional Autónoma de México

Especialidad Médica en Psiquiatría

Número de cuenta : 40109884-0

Centro Médico Nacional Siglo XXI, Hospital de Especialidades «Bernado Sepulveda »

Instituto Mexicano del Seguro Social

DATOS DE LOS ASESORES

M. en C. Dr. Martín Felipe Vázquez Estupiñán

D. en C. Dra. Guadalupe Aguilar Madrid

M. en C. Dr. Cuahutemoc Arturo Juárez Pérez

DATOS DE TESIS

Prevalencia de trastornos psiquiátricos y su relación con la calidad de vida en pacientes hemodializados con enfermedad renal terminal

Páginas: 85

Año 2012

MARCO TEÓRICO

La enfermedad renal terminal es la manifestación final común de un amplio espectro de enfermedades, entre las que destacan la diabetes mellitus y la hipertensión arterial sistémica. La incidencia y prevalencia de la enfermedad renal terminal ha incrementado progresivamente en las últimas décadas, convirtiéndose en un apremiante problema de salud pública alrededor del mundo con más de 470,000 personas diagnosticadas cada año.

En Estados Unidos, cada año más de 100,000 personas son diagnosticadas con enfermedad renal terminal (US. Renal Data System 2008), representando un gasto total de 23 billones de dólares, esto es, 6.4% del presupuesto destinado a la atención médica (US. Renal Data System, 2008). La incidencia de la enfermedad renal terminal ha incrementado dramáticamente desde la década pasada de 261.3 millones en 1994 a 348.6 millones en 2004 (Center for Disease Control and Prevention 2007) y más 300,000 pacientes requirieron hemodiálisis como terapia de sustitución renal en 2007 (USRDS, NIH, NIDDK, 2009), dando lugar a una significativa carga financiera para los sistemas de salud pública norteamericanos.

La efectividad de la terapia de sustitución renal está asociada con las conductas asumidas por los pacientes (Kugler et al, 2005.) y con una elevada prevalencia de trastorno psiquiátricos comorbidos y, destacan entre estos, el trastorno depresivo mayor y el trastorno de ansiedad generalizada (Kimmel et al, 1998).

Las enfermedades mentales representan la segunda comorbilidad médica más frecuente, después de la hipertensión arterial sistémica en pacientes con enfermedad renal terminal, no obstante, raramente son identificados o tratados adecuadamente, además la depresión ha sido asociada con retraso en la recuperación, disminución en la calidad de vida y un incremento en la mortalidad de muchas enfermedades y, como también lo es, para la enfermedad renal terminal. La existencia de múltiples trastornos psiquiátricos es un importante problema de salud pública en esta población vulnerable, con un desembolso total que excede 32.5 billones por año en EU (Cukor Daniel, 2007).

La enfermedad renal terminal en América Latina y México ha incrementado progresivamente a partir de la transición epidemiológica iniciada en 1942 y 1956, lo cual representó un incremento global en la esperanza de vida de 13.1 años y un nuevo incremento global tuvo lugar entre 1974 a 1999 con un aumento de 11.1 años (63.9 a 75.0 años). Actualmente la décima parte de los hombres no sobrevive a los 45 años y una proporción similar de las mujeres no llega con vida a los 58 años. De hecho, 75% de los varones y 83% de las mujeres tienen una esperanza de vida de 65 años de edad (La situación demográfica de México, 1999).

El incremento de la esperanza de vida en la población latinoamericana y mexicana ha producido profundas transformaciones en diferentes órdenes, tanto a nivel familiar, social y, por supuesto, en el perfil sanitario, caracterizado por un descenso progresivo de las defunciones por enfermedades infectocontagiosas del 30% al 13% en el periodo comprendido entre 1960 a 1990 y un incremento de las enfermedades crónico degenerativas del 20% en 1960 al 50% en 1985 y 70% en 1990 (Frenk et al, 1990).

El 55% del total de estas enfermedades crónico degenerativas en México están representadas por la diabetes mellitus, siendo la principal causa de mortalidad a partir del año 2000 (Gutiérrez et al, 2006), seguida de cerca por las

enfermedades cardiovasculares, entre ellas, las más prevalentes son la hipertensión arterial sistémica y el infarto agudo al miocardio y, en tercer lugar, la enfermedad cerebro vascular y la insuficiencia hepática (S.S.A, *Salud; México 200; Información para rendición de cuentas*).

La diabetes mellitus y la hipertensión arterial sistémica son las dos principales causas de enfermedad renal terminal, ambas son las enfermedades no trasmisibles con mayor incidencia y prevalencia a nivel mundial. Respecto a la diabetes mellitus, se estimó una prevalencia a nivel mundial de 2.8% en el año 2000 y se calcula que alcanzará una prevalencia del 4.4% para el 2030 (Wild S. *et al*, 2004). Las tasas de prevalencia más elevadas se registraron en Medio Oriente y la India con 13% y, en América Latina, en México 12% (Moreno, 2001). La hipertensión arterial sistémica es la segunda causa de enfermedad renal terminal, se estima una prevalencia de 900 millones de hipertensos a nivel mundial (OMS 1999), 51 millones en EU, que cuenta con una prevalencia del 10 al 20%.

Esta tendencia se mantiene, ya que en el 2010 Méndez-Durán reportó que las principales causas de insuficiencia renal crónica en México continúan siendo la diabetes mellitus con una prevalencia del 48,5%, la hipertensión arterial con 19%, las glomerulopatías crónicas con 12,7% y otras etiologías representadas por un 19,8% (Méndez-Durán *et al*, 2010).

El porcentaje de adultos con diabetes en México se incrementó un 25%, reportado un aumento en la encuesta nacional de salud de un 4% a 5.8% en el periodo de 1994 a 2000 y de 5.8% a 7% entre 2000 y 2006 y, se proyecta, que existirán 11.7 millones de mexicanos con diabetes en el 2025. El costo del tratamiento de la diabetes representó 15,118 millones de dólares al país en el año 2000 y el gasto directo de su tratamiento fue de 1,974 millones de dólares, empleándose 1,108 millones en su tratamiento y prevención. Sin embargo, el mayor porcentaje de este presupuesto se destinó al pago de las complicaciones crónicas, incapacidad prematura y mortalidad (Córdova *et al*, 2008), entre estas complicaciones, la más prevalente y con un mayor impacto en el costo y calidad de vida de los pacientes diabéticos fue la enfermedad renal terminal, primera causa de mortalidad en la diabetes mellitus, con una incidencia acumulativa para nefropatía a los 40 años de edad en el tipo 1, una prevalencia de 45% al 50% con un pico máximo a los 15 años de evolución, con un riesgo inicial a los 5 años del comienzo de la enfermedad y un aumento anual de 2.5% hasta la segunda década. En el tipo 2, la prevalencia de nefropatía varía del 39% al 50% (Torres Vilorio *et al*, 2002).

La hipertensión arterial sistémica es la segunda causa de enfermedad renal terminal en México y se ha estimado una prevalencia global del 23.6% con un incremento importante respecto al grupo de edad, que comprende el 10% de los 20 a 24 años de edad hasta el 56% en el grupo de 65 años o más. Respecto a su incidencia en México, se registró un incremento de 302 nuevos casos de hipertensos por 100,000 habitantes de 1983 a 1991 registrado por la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, lo que representó un aumento de 99.4% y un incremento significativo en la tasa de mortalidad 4.89 a 8.39/1000,000 habitantes, esto es, un incremento relativo de 71.5% (Cruz *et al*, 2001).

Además, los dos principales catalizadores para el desarrollo de hipertensión arterial sistémica como son la obesidad y el tabaquismo también registran una prevalencia a la alza de 36.6% y 24.4% respectivamente en el periodo comprendido por las Encuestas Nacionales de Salud de 1994 a 2006 (Rosas Martín *et al*, 2005).

El incremento progresivo de la prevalencia e incidencia de la diabetes mellitus y la hipertensión arterial sistémica observado en México, ha derivado en un incremento de la insuficiencia renal crónica, tanto la diabetes mellitus como la hipertensión arterial apuntan como las dos principales causas de enfermedad renal terminal, con una prevalencia de 45% y 25.5% respectivamente en el periodo comprendido entre 1994 y 2006, manteniéndose esta tendencia para la nefropatía como primera causa de insuficiencia renal terminal, tanto en México como en Estados Unidos desde 1992 (*Striker et al, 1992*).

Este incremento en la prevalencia e incidencia de la diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica está siendo reflejado en la demanda creciente de hospitalización y atención médica en los servicios de urgencias para el tratamiento y manejo de las complicaciones de la enfermedad renal terminal, así mismo, esta enfermedad no trasmisible, consume una proporción importante de los costos destinados a infraestructura, insumos y personal dirigido a la atención médica debido a sus altas tasas de morbilidad y mortalidad en los programas de sustitución, a pesar de ello, no se cuenta con un registro nacional de estos pacientes por lo que se desconoce la incidencia y prevalencia de cualquiera de sus estadios, el género y grupo de edad más afectado, así como las comorbilidades más frecuentes en este grupo de pacientes. Sin embargo, se estima una incidencia de 377 casos por millón de habitantes y una prevalencia de 1,142, con alrededor de 52.000 pacientes en terapia sustitutiva, de los cuales, el 80% son atendidos en el Instituto Mexicano del Seguro Social en 2007 (*Cueto-Manzano et al, 2007*).

La enfermedad renal terminal se ha convertido en uno de los mayores retos de salud pública en México debido a al incremento en los costos que ascienden, según cifras estimadas retrospectivamente por Méndez Duran en 2010 de 4, 013 millones de pesos para el año 2007, equivalentes al 2,5% del gasto del total para la atención médica de ese año y se prevé que esta proporción crezca casi un 4%. Esta inversión representará más del 60% del gasto médico total, en donde el gasto farmacológico y ambulatorio comprenden en promedio el 27 y el 12% respectivamente (*Méndez Duran et al, 2010*), por lo que se ha considerado a la enfermedad renal terminal como una enfermedad emergente y en un estudio realizado por la Fundación Mexicana para la Salud en 2000, clasificó a la insuficiencia renal crónica como la segunda enfermedad que provoca un mayor número de años de vida perdidos (*Treviño-Becerra, 2004*).

Los elevados costos y la alta demanda de infraestructura física y humana reportadas para el manejo de la enfermedad renal crónica no sólo comprenden aquellos gastos inherentes a su tratamiento y control, también comprende aquellos derivados de las comorbilidades concomitantes que aumenta hasta tres veces su costo total (*Guerrero RJ et al, 1997*) y, además, juegan un papel preponderante entre los factores contribuyentes a sus elevadas tasas de mortalidad.

Enfermedad renal terminal y sus comorbilidades médicas y psiquiátricas

Las principales comorbilidades reportadas en México en 2010 en pacientes con enfermedad renal terminal en terapia de sustitución con diálisis peritoneal intermitente son peritonitis (56%), descontrol metabólico hiperglucémico (35%), causas mecánicas relacionadas con el catéter (13%), infección de sitio de salida del catéter (6%) y sobrecarga de volumen (5%). En aquellos pacientes manejados con hemodiálisis, las principales complicaciones reportadas fueron el síndrome

anémico (45%), la infección del acceso vascular (34%), descontrol hipertensivo (28%), retención hídrica (12%), insuficiencia cardíaca (9%) e hiperfosfatemia grave (*Méndez-Durán et al, 2010*).

Varios son los factores que se han asociados con las elevadas tasas de comorbilidad médica y mortalidad prevalente en los pacientes con enfermedad renal terminal en terapia de sustitución, entre las principales causas de comorbilidad médica destacan un mal apego terapéutico a las restricciones nutricionales y de líquidos, un cumplimiento insuficiente de las indicaciones higiénicas y médicas necesarias para su tratamiento y control. Respecto a la mortalidad, también se han registrado como principales causas de defunción las enfermedades cardiovasculares, las infecciones, las alteraciones metabólicas y el desequilibrio hidroelectrolítico. Ambas, la morbilidad y la mortalidad en la enfermedad renal terminal, se han asociado con bajos puntajes en escalas que evalúan la calidad de vida de los pacientes con esta patología renal y la presencia de trastornos psiquiátricos, en particular, depresión y ansiedad, entre otros (*Ginieri-Coccosis et al, 2008*).

La terapia de sustitución renal requiere que los pacientes establezcan un cambio permanente en su estilo de vida, incluida la restricción de líquidos y alimentos, así como cumplimiento continuo con las sesiones de terapia sustitutiva y la adherencia al tratamiento farmacológico (*Kimmel et al, 1998*). Sin embargo, se ha reportado que aproximadamente 50% de los pacientes con enfermedad renal terminal no tienen adherencia a la restricción de líquidos y alimentaria (*Christense & Moran, 1998*). La ausencia de adherencia al régimen nutricional y farmacológico incrementa el riesgo de complicaciones médicas y bajos niveles en la calidad de vida (*Durose et al, 2004*). En contraste, una adherencia estricta a las prescripciones para la terapia de sustitución está asociada con una significativa reducción del riesgo relativo de días de estancia hospitalaria, complicaciones médicas y mortalidad (*Lopes et al, 2002*).

Así mismo esta falta de adherencia al régimen de restricción dietética y de líquidos en los pacientes con enfermedad renal terminal bajo terapia de sustitución, ha sido asociada fuertemente con la presencia de síntomas psiquiátricos, en particular con la presencia de síntomas depresivos y ansiosos, no así su adherencia con la sesiones de terapia de restitución y al régimen farmacológico debido a la ausencia de estudios disponibles para correlacionar tales asociaciones (*Amani et al, 2010*). Sin embargo, existen estudios en otras poblaciones de pacientes con enfermedades crónicas que brindan apoyo a la hipótesis de que los síntomas depresivos están asociados con una pobre adherencia a los tratamientos médicos (*Carney et al, 2005*).

Incidencia y prevalencia de las enfermedad mentales en la insuficiencia renal terminal

La incidencia de los trastornos psiquiátricos reportada en pacientes con enfermedad renal terminal en terapia de sustitución se desconoce. Sin embargo, Isoao Kukulishi y colaboradores en 2002 con base en una cohorte de 508 pacientes hemodializados en una unidad hospitalaria japonesa en seguimiento por un periodo de 4 años en promedio, reportan una incidencia anual de los trastornos psiquiátricos en esta población de 29.1%, con predominio del delirium (3.4%), la demencia vascular (2.5%) y depresión, seguido del trastorno de pánico (0.4%) y el trastorno de ansiedad generalizada (0.3%) (*Isao Fukunishi et al, 2002*).

La prevalencia de trastornos psiquiátricos entre la población de pacientes con enfermedad renal terminal en terapia de sustitución son sustancialmente elevados, aunque las cifras reportadas oscilan ampliamente entre 20% a 80%.

Entre los trastornos psiquiátricos con mayor prevalencia en pacientes en diálisis peritoneal y hemodiálisis se encuentran las alteraciones del sueño con una prevalencia reportada del 80% (*Alaa A Sabry, 2010*); predominantemente el insomnio (52% hemodiálisis vs 50% diálisis), síndrome de piernas inquietas (50 a 80%), somnolencia excesiva (60%) y apnea del sueño (50%). La etiología es multifactorial e incluye interrupción del sueño asociado con síndrome de piernas inquietas, apnea del sueño y factores metabólicos como la uremia, la anemia, la hipercalcemia, el dolor óseo, el prurito y los trastornos psiquiátricos tales como la depresión y la ansiedad, medicamentos, pobre higiene del sueño (siestas) durante el periodo de hemodiálisis (*Hanly Patrick, 2007*) y su presencia se ha asociado con un incremento en el riesgo de enfermedades cardiovasculares y mortalidad (*Paparrigopoulos, 2009*).

El segundo trastorno psiquiátrico más frecuente reportado en esta población de pacientes es el trastorno de ansiedad generalizada con una prevalencia que oscila del 12 al 52% con un promedio de 38% (*Murtagh et al, 2007*). La presencia de ansiedad en esta población ha sido establecida como un factor de riesgo independiente para conductas suicidas y muestra una fuerte asociación con la comorbilidad de condiciones médicas, pobre calidad de vida y discapacidad. Así mismo, se han observado elevadas tasas de ansiedad durante las sesiones de hemodiálisis, sin embargo, tales asociaciones aún no son claras. (*Usama Feroze, 2010*).

El trastorno depresivo mayor es la comorbilidad psiquiátrica más estudiada en pacientes con enfermedad renal terminal en terapia de sustitución, su prevalencia oscila entre 20% a 30% (*Hedayati & Finkelstein, 2009*). Un episodio depresivo, único o recurrente, puede comprometer la habilidad del individuo o su deseo de adherirse a un estilo de vida y a un régimen terapéutico, alterar su cognición y fomentar la desesperanza sobre su enfermedad y pronóstico. La desesperanza puede estar relacionada con creencias disfuncionales sobre la efectividad del tratamiento y expectativas negativas sobre el futuro que pueden influir en la disposición del paciente para realizar las actividades necesarias para su autocuidado (*Henkel, et al, 2002*), de hecho, la presencia de síntomas depresivos ha sido establecida como un factor de riesgo independiente para la morbilidad y mortalidad en pacientes con enfermedad renal terminal (*Hedayati et al, 2008*), incrementando 4.1 veces la tasa de mortalidad de estos pacientes en comparación con aquellos que no presentan dichos síntomas (*Draye et al, 2006*).

También la presencia de síntomas de depresión se ha asociado con un mayor número de internamientos hospitalarios, un mayor número de días de estancia intrahospitalaria (*Hedayati et al, 2005*) y un en el riesgo incrementado para eventos cardiovasculares (*Boulware et al, 2006*).

Los factores de riesgo asociados con la prevalencia de síntomas depresivos en Dialysis Outcomes and Practics Patterns Study (DOPPS) fueron la edad de inicio de la enfermedad renal, la raza blanca, el sexo femenino y la duración de la terapia de sustitución renal (*Lopes et al, 2002*), también la presencia de estos síntomas se han relacionado con comorbilidades médicas como la diabetes, la enfermedad coronaria, la enfermedad cerebrovascular, la insuficiencia vascular periférica, hepatopatías e hipoalbuminemia (*Watnick S et al, 2003*). Además, la presencia de un episodio depresivo se ha asociado con interrupción de las interacciones y relaciones sociales, posiblemente resultado de una

erosión en el apoyo familiar secundario al tiempo requerido para la terapia de sustitución, la fatiga derivada de ésta y el déficit cognitivo (*Hedayati & Finkelstein, 2009*).

El trastorno de estrés postraumático ha sido poco estudiado en pacientes con enfermedad renal terminal y su prevalencia en otras enfermedades crónicas. Se estima una prevalencia alrededor del 5 al 10%; además se ha correlacionado con una pobre calidad de vida y una fuerte asociación con síntomas depresivos y ansiosos. En el estudio Sefik y colaboradores realizado en 2004 y publicado en 2007 sobre el trastorno de estrés postraumático (TEPT) en pacientes con enfermedad renal terminal en terapia de sustitución, registró la presencia de por lo menos un evento traumático en el último año en la población en estudio con una prevalencia de 77.8%, la prevalencia a lo largo de la vida, independientemente del tipo de trauma, fue del 17% y la prevalencia TEPT asociada con la terapia de sustitución fue del 10.4% con mayor porcentaje de síntomas depresivos en mujeres; también reportó una asociación entre la presencia de síntomas de TEPT y una disminución en la calidad de vida, síntomas depresivos y ansiosos y mayor empleo de servicios médicos (*Safik Tagay et al, 2007*).

Los trastornos cognitivos tienen también una presencia importante entre los trastornos psiquiátricos más frecuentes en esta población, la prevalencia de demencia se estimó en 10.7%, la demencia multiinfarto fue más prevalente conforme se incrementaba la edad y aumentaba gradualmente en relación directa con la edad del paciente y el tiempo de terapia de sustitución, cuando la terapia fue mayor a 15 años, el porcentaje de demencia vascular llegó a ser significativamente alta; esta tendencia no se mostro respecto a la demencia de Alzheimer (*Isao Fukunish et al, 2002*).

Aunque son escasas las series de casos reportados en la literatura sobre delirium, se estima una prevalencia global del 5% en pacientes no geriátricos y geriátricos, incrementándose hasta un 25% en estos últimos y en aquellos con una duración mayor de 5 años de terapia de sustitución renal (*Isao Fukunish et al, 2002*).

La prevalencia global de los restantes trastornos psiquiátricos en pacientes con enfermedad renal terminal en terapia de sustitución, no ha sido reportada en la literatura médica de forma explícita.

Sin embargo, Hedayati y colaboradores reportaron en 2009, a partir de una cohorte de 272 pacientes con estadio renal II a V y tratamiento médico conservador, la prevalencia global de trastornos psiquiátricos de 47% en esta cohorte, con una prevalencia de 21% de episodio depresivo mayor actual, 19%, episodio depresivo recurrente, 1.8% de distimia, 1.8% trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos, 1.1% de trastorno bipolar tipo I, 2.2.% episodio psicótico actual, 5.1% trastorno de pánico, 4.0% fobia social, 1.8% trastorno obsesivo compulsivo, 3.3% trastorno de estrés postraumático y 4.0% trastorno de ansiedad generalizada. Los pacientes con nefropatía diabética fueron reportados con una probabilidad dos veces mayor de presentar un episodio depresivo (OD 2.09) y aquellos con empleo tenían dos veces menos posibilidad de tener un episodio depresión, así mismo, hubo una fuerte asociación entre depresión y la presencia de trastornos psiquiátricos comorbidos y los pacientes con un trastorno psiquiátrico diferente a la depresión tuvieron un riesgo relativo 12 veces mayor (OD 12.3; IC, 4.79 a 30.23) de tener un episodio depresivo en comparación con aquellos pacientes que no tuvieron una historia trastornos psiquiátricos previos (*Hedayati et al, 2009*).

A pesar de la elevada incidencia y prevalencia de trastornos psiquiátricos en esta de población, también ha sido señalada como uno de mayores grupos negadores de trastornos psiquiátricos (*Reichsman F et al, 1972*) y la negación de su condición terminal es también un problema común a esta población (*Greenstein et al, 1998*).

Insuficiencia renal terminal, trastornos psiquiátricos y calidad de Vida

La prevalencia de trastornos psiquiátricos en los pacientes con enfermedad renal, además de ser mayor que en la población general, son un factor agregado para la disminución en la calidad de vida en esta población. Sin embargo, no son los únicos factores asociados y determinantes para la disminución en la percepción de la calidad de vida en estos pacientes: los cambios adaptativos necesarios en el estilo de vida para cumplir con los altos requerimientos de la terapia de sustitución renal, la restricción vital derivada de la dependencia a lo largo de la vida a una máquina de diálisis, la convivencia casi diaria con el equipo médico tratante, la adherencia a una terapéutica higiénico-dietética y farmacológica rigurosa, así como los horarios fijos requeridos para el cumplimiento con la terapia de sustitución juegan un papel importante en la vida conyugal y familiar de estos pacientes, repercute en su actividad laboral y, por consiguiente, en la realización personal, autoestima, identidad y relaciones interpersonales (*A. De Sousa, 2008*). Así mismo, se ha reportado un incremento en la emoción expresada en los familiares de pacientes con enfermedad renal terminal, una insatisfacción marcada en las relaciones de pareja y una falta de cohesión marital (*Seyed Abbas et al, 2009*).

La mayoría de estos pacientes tienen un promedio de edad de 65 años (*Oreopulos et al, 2003*) y muchos de ellos presentan agudizaciones y exacerbaciones de las condiciones medicas de base o comorbilidades agregadas a la falla renal crónica como son la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, la enfermedad vascular periférica, las cardiopatías y las artropatías, lo cual contribuye a los síntomas de estos pacientes y a reducir significativamente su calidad de vida (*Valerrqabano et al, 2001*).

La salud relacionada con la calidad de vida es multidimensional, centrada en el paciente y es un concepto dinámico que abarca la salud física, los síntomas asociados, el estado funcional, la adecuada salud mental y una adecuada función social (*Ekrem et al, 2005*).

La relación entre calidad de vida, enfermedad renal terminal y trastornos psiquiátricos ha sido ampliamente estudiada en pacientes en terapia de sustitución y, principalmente, en relación con la depresión, la cual ha sido relacionada con un incremento del riesgo relativo de 2.07 para hospitalización o muerte en comparación con otras poblaciones de pacientes crónicos (*O Finkelstein et al, 2008*), un incremento de las tasas de morbilidad para enfermedad coronaria y mortalidad por esta causa (*Barth J et al, 2004*), un incremento en el abandono de la terapia de sustitución renal (*Lopes et al, 2004*) y un incremento de las citocinas proinflamatorias, con la consiguiente agudización de comorbilidades previas como son la hipertensión, la artritis, las vasculopatías y la enfermedad coronaria (*Vaccarino V et al, 2007*).

Factores de Riesgo asociados con la presencia de trastornos mentales en pacientes con enfermedad renal terminal en terapia de sustitución

Los factores de riesgo para el desarrollo de enfermedad psiquiátrica durante el inicio y mantenimiento de la terapia de sustitución renal que han presentado una fuerte asociación estadística en la mayoría de los estudios trasversales

comprenden la presencia de antecedentes familiares en primer grado de algún trastorno psiquiátrico (*McCaffery et al, 2006*), antecedentes previos de psicopatología al inicio de la insuficiencia renal y la terapia de sustitución (*Cukor et al, 2007*), edad menor a 18 años, sexo femenino y tiempo de duración de la terapia de sustitución renal (*Lopes et al, 2002*). Así mismo, en los estudios transversales realizados en esta población, se encuentra una elevada asociación entre varias condiciones médicas comorbidas que incrementan el riesgo para la aparición de una enfermedad mental tales como la diabetes mellitus, enfermedades cardíacas, enfermedades vasculares cerebrales, insuficiencia vascular, enfermedades pulmonares e hipoalbuminemia (*Kessler et al, 2003*).

La correlación entre la severidad de estas comorbilidades y la presencia de síntomas psicopatológicos resulta en una percepción disminuida de la calidad de vida expresada en los autoreportes administrados en los estudios transversales realizados al interior de esta población (*Dogan et al, 2005*).

El desarrollo de síntomas mentales también ha sido asociado a una erosión en las interacciones sociales y relaciones conyugales, lo cual puede resultar en una fragilidad del apoyo familiar, laboral y comunitario, lo que puede favorecer una reducción en el apego al tratamiento, la agudización y complicación de comorbilidades médicas y un incremento en la mortalidad (*Cohen et al, 2007*).

Potenciales mecanismos fisiopatológicos asociados a la depresión y la ansiedad en pacientes con enfermedad renal terminal en terapia de sustitución

Diversos factores biológicos y conductuales han sido propuestos como potenciales mecanismos etiológicos que expliquen la elevada incidencia y prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos en pacientes con enfermedad renal terminal, tales factores incluyen vulnerabilidad genética, alteraciones en la neurotransmisión del sistema nervioso autónomo, incremento en la actividad del eje hipotálamo – hipófisis – adrenal y el consecuente incremento de liberación de cortisol y norepinefrina e incremento de la liberación de marcadores proinflamatorios (*Finkelstein & Hedayati, 2009*).

Los síntomas depresivos pueden ser el resultado de una alteración en la regulación de los medidores inflamatorios (*Miller et al, 2009*) y la alteración de los niveles de serotonina al interior de las plaquetas con la consiguiente vasoconstricción generalizada, el incremento de la agregación plaquetaria y un aumento en el riesgo para el desarrollo de un evento coronario (*Serabruany et al, 2003*).

Sin embargo, la elucidación de las posibles vías fisiopatológicas de la depresión y la ansiedad aún permanecen en suspenso.

Necesidad de una atención integral al paciente con insuficiencia renal en terapia de sustitución

La incidencia y prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con enfermedad renal terminal, ya sea con manejo médico conservador o con terapia de sustitución renal, es mayor respecto a la población general y en otras poblaciones de pacientes con enfermedad crónica, así mismo, la presencia de síntomas psiquiátricos se han ponderado como un factor de riesgo independiente para un incremento de dos a cuatro veces mayor para la presencia y complicaciones de condiciones médicas comorbidas (desnutrición, anemia, atropatías, cardiopatías, etc.), la agudización y exacerbación de la enfermedad renal y un incremento en la mortalidad en esta población secundaria a enfermedades cardíacas,

infecciones de accesos, abandono de terapia de sustitución y, en casos extremos, suicidios, cuyas tasas son mayores en esta población (*Goodkin et al, 2003*).

La detección oportuna y un tratamiento adecuado para esta población altamente expuesta a trastornos psiquiátricos, ya sea a través de una psicofarmacología racional o intervenciones psicoterapéuticas grupales e individuales o ambas, garantizará un incremento global en la calidad de vida de estos pacientes con la consiguiente disminución en el número y días de internamiento hospitalario, una menor presencia de comorbilidades médicas agregadas y agudización de las ya existentes, una disminución en las tasas de mortalidad secundarias a enfermedades cardiovasculares y procesos sépticos y, consiguientemente, un menor número de intervenciones médicas y quirúrgicas y una mejor aceptación de su condición médica (*Fredric et al, 2008*).

El tratamiento holístico de esta población de pacientes es un imperativo acuciante que plantea la necesidad de comenzar a estructurar un nuevo modelo de atención médica.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Alrededor del mundo, como lo es en México, la enfermedad renal terminal es catalogada como una enfermedad emergente por el número creciente de casos, el rezago en la atención médica, los altos costos que genera, la elevada mortalidad y los recursos humanos y financieros disponibles limitados, por lo que es requerida una aplicación racional de éstos (*Treviño Becerra, 2004*).

En el Instituto Mexicano del Seguro Social se estimó en el año 2000, que 8.3 millones de mexicanos padecían insuficiencia renal y 102,000 estaban en fase sustitutiva, lo cual generó un gasto total del 9% del presupuesto de la institución en este año (*Esquivel Molina et al, 2009*).

La terapia de sustitución renal, especialmente la hemodiálisis, está asociada con una elevada prevalencia de trastornos psiquiátricos comórbidos, particularmente con el trastorno depresivo mayor y los trastornos de ansiedad (*Kimmel et al, 1998*). Los síntomas depresivos y ansiosos están presentes aproximadamente en el 30% y 50% de los pacientes que reciben terapia de sustitución renal de forma crónicas, respectivamente. Ambos trastornos psiquiátricos son los más comunes en esta población de pacientes (*Amani A. Khalil et al, 2010*) y, además, la presencia de estos síntomas ha sido asociado con una elevada morbilidad y mortalidad y, también, se ha propuesto como un predictor independiente para la disminución en la calidad de vida (*Kimmel et al, 1998*).

La necesidad de estimar la prevalencia de los trastornos psiquiátricos, especialmente depresión y ansiedad, en pacientes con enfermedad renal en terapia de sustitución, se impone como un primer paso para conocer las repercusiones que tienen sobre esta población.

Por lo que el presente trabajo plantea la resolución a las siguientes preguntas:

1. ¿Los pacientes con enfermedad renal terminal en terapia de sustitución con hemodiálisis en la UMAE CMN SXXI presentan una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos respecto a lo reportado en la literatura médica nacional e internacional para esta población de pacientes?
2. ¿Cómo afecta la presencia de trastornos psiquiátricos comórbidos en su calidad de vida?

JUSTIFICACIÓN

La literatura médica disponible en México sobre la prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con enfermedad renal terminal en terapia de sustitución es limitada y comprende la evaluación de calidad de vida de esta población en un corte trasversal y la asociación entre la calidad de vida y el trastorno depresivo mayor. La calidad de vida es evaluada en estos estudios por medio del Cuestionario de Calidad de Vida en Pacientes con Enfermedad Renal (KDQOL-SF 36) y, los síntomas depresivos, por el inventario de depresión de Beck (BID), que es utilizado para identificar a los pacientes que presentan síntomas depresivos y estratificarlos por grado de intensidad de acuerdo al puntaje obtenido por autoevaluación. Los estudios realizados en nuestro país no establecen una asociación entre estos parámetros que son: la calidad de vida y la presencia de síntomas psiquiátricos. La presencia de síntomas depresivos en esta población es reportada con una prevalencia dos veces mayor (20 al 30%) respecto a la población general (14%), lo que se ha asociado con un incremento en la comorbilidad médica (mayor número de internamientos y días de estancia intrahospitalaria) y un incremento en la morbilidad (4 veces mayor). Sin embargo, la depresión mayor no es el único trastorno psiquiátrico con una elevada prevalencia en esta población, se estima una incidencia global del 47% de enfermedades psiquiátricas y una prevalencia hasta del 80%, destacan los trastornos del sueño, el trastorno de ansiedad generalizada cuya prevalencia oscila ampliamente del 12 al 52%, consumo y abuso de sustancias con una prevalencia del 19%, demencia de tipo Alzheimer y demencia de tipo vascular con una prevalencia del 10.7% y delirium con una prevalencia del 5%.

A pesar de la elevada prevalencia de los trastornos psiquiátricos entre pacientes con enfermedad renal en terapia de sustitución y su fuerte asociación con pobres niveles en la calidad de vida y de haber sido establecido que los síntomas psiquiátricos son un factor de riesgo independiente para el incremento de la morbilidad y mortalidad en esta población, sólo una fracción de estos pacientes son diagnosticados y, en el caso específico de la depresión, sólo el 33% son medicados, además, la mitad de estos pacientes medicados reciben dosis subóptimas de fármacos antidepresivos (*Hedayati & Finkelstein, 2009*).

Los trastornos psiquiátricos más prevalentes dentro de esta población, como son el trastorno depresivo mayor y la ansiedad generalizada, han sido asociado con antecedentes previos y comorbidos de otros trastornos psiquiátricos, que puede asociarse con la vulnerabilidad y presentación de una enfermedad mental durante el tratamiento de terapia de sustitución, favoreciendo una falta de adherencia al régimen dietético, a la restricción de líquidos y el apego farmacológico con el consiguiente incremento de la morbilidad y mortalidad.

Por lo que es necesario conocer, en primera instancia, la prevalencia de los trastornos psiquiátricos más comunes en pacientes mexicanos con enfermedad renal terminal en terapia de sustitución, al interior de una unidad de hemodiálisis; debido a la alta exigencia requerida por la terapia y a las potenciales comorbilidades médicas no reversibles asociadas a esta población, identificar los marcadores bioquímicos de la enfermedad renal más frecuentemente asociados a la incidencia y prevalencia de las enfermedades psiquiátricas, según la literatura médica y cuantificar la calidad de vida de estos pacientes.

OBJETIVOS

Objetivos generales:

- Conocer la prevalencia de trastornos psiquiátricos en adultos con enfermedad renal terminal en terapia de sustitución en unidad de hemodiálisis de UMAE SXXI.
- Evaluar la calidad de vida en adultos con enfermedad renal terminal en terapia de sustitución en unidad de hemodiálisis de UMAE SXXI.

Objetivos específicos:

- Determinar las características sociodemográficas y clínicas de la población adulta con enfermedad renal terminal en terapia de sustitución con hemodiálisis.
- Estimar la relación entre enfermedad psiquiátrica y calidad de vida de la población adulta con enfermedad renal terminal en terapia de sustitución con hemodiálisis.

HIPÓTESIS

Ha: La prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con enfermedad renal terminal en terapia de sustitución con hemodiálisis repercute sobre su calidad de vida y sobre los marcadores de estado de la enfermedad.

Ho: La prevalencia de trastornos psiquiátricos con enfermedad renal terminal en terapia de sustitución con hemodiálisis no repercute sobre su calidad de vida y sobre los marcadores de estado de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio:

- a. Estudio de prevalencia.
- b. Estudio transversal descriptivo.

Población de estudio: selección y tamaño de la muestra

El universo de estudio fueron aquellos pacientes que asistieron a la unidad de hemodiálisis de la UMAE CMN SXXI durante el periodo comprendido entre el 01 de febrero 2011 al 01 de mayo 2011. El tamaño de la muestra requerida se determinó por conveniencia.

Criterios de inclusión:

Pacientes con enfermedad renal terminal en terapia de sustitución en unidad de hemodiálisis de la UMAE CMNSXXI:

1. Pacientes mayores de 18 años
2. Pacientes que aceptaron participar en el estudio
3. Pacientes que firmaron su carta de consentimiento informado

Criterios de exclusión:

1. Pacientes que rechazaron participar en el estudio
2. Pacientes que no firmaron el consentimiento informado
3. Pacientes con deterioro cognitivo grave
4. Pacientes con discapacidad intelectual
5. Pacientes con enfermedad médica concurrente que afecte su sobrevida y/o participación.
6. Pacientes con hepatopatía concurrente

Criterios de eliminación :

1. Pacientes que no llenaron de manera correcta los instrumentos de autoevaluación.
2. Pacientes que llenaron de manera incompleta los registros de autoevaluación.
3. Pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente para trasplante renal durante el proceso de su evaluación.

Variables :

Dependiente : Trastornos psiquiátricos

Independiente : Enfermedad renal crónica y comorbilidades

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición de variable	Escala de medición y tipo de variable
Edad	Años cumplidos al momento del estudio	Continua discreta, años de edad
Género	Captados como hombres y mujeres	Catórica: Hombres = 1 y mujeres = 2
Estado civil	Captados como solteros, unión libre, casados, divorciados o viudos	Catórica: Soltero = 0, unión libre = 2, casado = 3, divorciado = 4, viudo = 5
Escolaridad	Número de años escolares cursados en el momento de ser captados	Continua discreta, años de escolaridad
Ocupación actual	Ocupación en el momento de ser captados: empedados, desempleados, pensionado (por edad, invalidez) y autoempleo	Catórica: Empleado = 0, desempleado = 1, pensionado = 2, autoempleo = 3
Etiología Enfermedad renal terminal	Enfermedad médica causante de enfermedad renal	Catórica: Nefropatía diabética = 0, HAS = 1, Glomerulopatías crónicas = 2 y otras causas = 3
Evolución de la enfermedad renal terminal	Cuantificación de tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad renal al momento del estudio	Continua: Tiempo de evolución de enfermedad renal. (años de enfermedad de base)
Tipo de terapia de sustitución renal previa	Tipo de terapia de sustitución previa: Diálisis peritoneal ambulatoria y diálisis peritoneal ambulatoria continua	Catórica: Diálisis peritoneal ambulatoria = 0 y diálisis peritoneal ambulatoria continua = 1
Comorbilidades médicas actuales	Comorbilidades médicas actuales diagnósticas y asentadas en expediente clínico	Catórica: Presencia de comorbilidades médicas = 0 y ausencia de comorbilidades médicas = 1
Evolución de terapia de sustitución con hemodiálisis	Cuantificación del tiempo transcurrido desde el inicio de la terapia al momento del estudio	Continua: Tiempo transcurrido de terapia de hemodiálisis
Entrevista Internacional neuropsiquiátrica (MINI)	Evaluación de los principales trastornos psiquiátricos del eje I del DSM IV y CIE 10 (cuántas preguntas y puntos de corte)	Catórica: Ausencia de trastorno psiquiátrico = 0 y Presencia de trastorno psiquiátrico = 1
Escala de calidad de vida para pacientes renales (KDQoL)	Evaluación de la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal a través de ítems	Continua discreta: Escala de 0 a 100 según el promedio alcanzado de la máxima puntuación posible, donde los valores más altos indican una mejor calidad de vida a partir de 50, se categoriza como mala calidad de vida < 50 = 1 y buena calidad de vida > 50 = 0
Inventario Internacional de los Trastorno de la personalidad (IPDE)	Evaluación de los principales rasgos de los trastornos de la personalidad determinados por el DSM IV y CIE 10 (cuántos ítems)	Catórica: Ausencia de rasgos predominantes de alguno de los trastornos de la personalidad = 0 y Presencia de rasgos predominantes de alguno de los trastornos de la personalidad = 1

Variable	Definición de variable	Escala de medición y tipo de variable
Inventario de depresión de Beck	Instrumento que consta de 30 ítems que contempla la gama de síntomas relacionados con la depresión dos de sus componentes, síntomas cognitivos y síntomas somáticos.	Continua discreta: escala del 0 al 30 con los siguientes puntos de corte: 11 puntos = sin depresión 12 a 18 puntos = depresión leve 19 a 26 puntos = depresión moderada Más de 27 puntos = depresión grave
Inventario de ansiedad de Beck	Instrumento que consta de 21 ítems que contempla la gama de síntomas relacionados con la ansiedad en dos de sus componentes, síntomas cognitivos y síntomas somáticos.	Continua discreta: escala del 0 al 21 con el punto de corte en 18, agregando, posteriormente, una calificación relacionada con la gravedad de los síntomas ansioso: 0 = Poco o nada 1 = Leve 2 = Moderado 3 = Grave

Instrumentos de recolección de información:

1. Cuestionario general

A los participantes se les aplicó un cuestionario general que contiene reactivos sobre las características sociodemográficas, los antecedentes laborales y las características clínicas.

2. Entrevista Internacional Neuropsiquiátrica (MINI)

Entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I definidos en el DSM-IV y la CIE-10. Se han realizado estudios de validez y de confiabilidad comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, pero puede ser administrada en un período de tiempo mucho más breve.

3. Escala de calidad de vida en pacientes con enfermedad renal (KDLoQ)

El cuestionario de calidad de vida en enfermedades renales (KDQoL-SF) es un cuestionario de calidad de vida específico para pacientes enfermedades renales que están en diálisis. Se desarrolló a partir de una versión más larga del cuestionario (KDQoL). EL KDQoL-SF 1.2 incluye 43 ítems específicos para pacientes con enfermedad renal así como los 36 ítems del cuestionario SF-36 que proporcionan un núcleo de ítem genéricos para el cuestionario. Validado en la versión española (confiabilidad interna) con α de Cronbach mayor a .80. La puntuación obtenida en cada ítem se transforma en una escala de 0 a 100 según el promedio alcanzado de la máxima puntuación posible, donde los valores más altos indican, en todos los casos, una mejor calidad de vida a partir de 50 ± 1 .

4. Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE)

El Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad o IPDE es un instrumento de auto reporte constituida por 59 ítems, cuyo propósito es identificar rasgos y conductas relevantes para la evaluación de los criterios diagnósticos de los distintos trastornos de la personalidad según criterios DSM-IV y/o CIE-10.

5. Inventario de depresión de Beck

El inventario de depresión de Beck es un instrumento de autoreporte que cuenta con 21 ítems con un puntaje elevado (rango de 0 a 63 puntos) que refleja la presencia de la gravedad del estado de ánimo deprimido. Presenta adecuada confiabilidad y, además, ha sido adecuadamente validado para la cuantificación de los síntomas depresivos de carácter cognitivo en muestras clínicas y no clínicas. El inventario de depresión de Beck ha sido utilizado ampliamente en pacientes con insuficiencia renal crónica. El punto de corte comúnmente empleado igual o mayor a 10 para la detección de ánimo deprimido en la población general, sin embargo, en pacientes con enfermedad renal crónica se ha sugerido un punto de corte de 15 debido a la posible confusión entre síntomas urémicos y síntomas depresivos.

6. Inventario de ansiedad de Beck

El inventario de ansiedad de Beck es un instrumento de autoreporte que cuenta con 21 ítems con un puntaje elevado (rango de 0 a 63 puntos) que refleja la presencia y la gravedad del estado de ánimo ansioso. Presenta adecuada confiabilidad y, además, ha sido adecuadamente validado para la cuantificación de los síntomas ansiosos de carácter cognitivo y somático en muestras clínicas y no clínicas.

LOGÍSTICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS

Los pacientes con enfermedad renal terminal en terapia de sustitución con hemodiálisis que acudieron a consulta externa de nefrología fueron invitados a participar al protocolo de estudio, se señaló la importancia de su participación para el desarrollo de estrategias de atención médica integrales.

Se llevó a cabo la recolección de datos y la aplicación de los instrumentos seleccionados en aquellos los pacientes con enfermedad renal terminal en terapia de sustitución con hemodiálisis que aceptaron participar en el protocolo de estudio y firmaron su carta de consentimiento informado (anexo 1).

La recolección de las características sociodemográficas y clínicas se recabaron de los expedientes clínicos correspondientes y los datos ausentes fueron recabados en consulta externa de nefrología junto con la aplicación de la entrevista internacional neuropsiquiátrica (anexo 2) por parte del residente de psiquiatría y los cuestionarios de autoevaluación referidos (anexos 3, 4 y 5). Así mismo, se recolectaron de los expedientes clínicos los exámenes de laboratorio más actualizados.

A los pacientes a quienes se les detectó y cumplieron con los criterios diagnósticos requeridos para el establecimiento de un diagnóstico psiquiátrico, se refirieron a la consulta externa de psiquiatría de la unidad hospitalaria en cuestión por medio de la interconsulta conveniente de acuerdo a la gravedad del padecimiento psiquiátrico detectado.

ANÁLISIS DE DATOS

Los datos se capturaron en el programa de Excel 2007 y analizaron en el paquete estadístico Stata 10.

Se realizó análisis univariado, para ver inconsistencia en la recolección y captura de los datos, además de ver la distribución de las variables de interés, se calcularon medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, rangos, cuartiles) para las variables continuas.

Así mismo para las variables categóricas y se definieron categorías para cada puntaje de las pruebas psiquiátricas que se aplicaron, y se calcularon frecuencias y porcentajes.

Análisis bivariado, se realizó para observar las diferencias de medias, proporciones entre los grupos de pacientes, por genero, edad, categorías de ansiedad, depresión, calidad de vida, etc.

ASPECTOS ÉTICOS

Los procedimientos planeados estuvieron de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Título segundo, capítulo I, artículo 17, sección I, investigación sin riesgo que no requiere de consentimiento informado.

En las técnicas empleadas y métodos de investigación no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio ya que los métodos empleados fueron cuestionarios, entrevistas, revisión de expediente clínico y otros en los que no se identificaron ni se trataron aspectos sensitivos de su conducta.

ORGANIZACIÓN

RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

Investigador:

Dr. Rafael Ángel Gómez Benumea

Médico residente de 4º año de psiquiatría

Asesor Teórico:

Dr. Felipe Martín Vázquez Estupiñan

Coordinador de Residencia Médica en Psiquiatría. Sede CMN SXXI

Asesores Metodológicos:

Dra. Guadalupe Aguilar Madrid y Dr. Cuauhtémoc Arturo Juárez Pérez.

Unidad de Investigación en Salud en el Trabajo. CMN SXXI.

Materiales:

CANTIDAD MINIMA NECESARIA	DESCRIPCION	PRECIO	PROVEEDOR
1	Laptop ACER Aspire one	12.999	Office Depot
1	Bolígrafo Bic tinta negra paquete con 10	31.90	Office Depot
1	Paquete de hojas Xerox 500 hojas	90.00	Office Depot
1	Memoria USB 2 GB	118.30	Office Depot
1	Impresora HP 1009	1.500	Office Depot
1	Lápiz mirado No 2 paquete con 5	15.90	Office Depot
1	Borrador WS Pelikan paquete con 2	6.90	Office Depot
1	Engrapadora Pilot golpe millenium tira completa	109.0	Office Depot
200	Copias	100.0	Office Depot

Recursos financieros:

Los recursos humanos no generaron costo debido a que fue trabajo voluntario del residente y que los gastos que surjan serán cubiertos por el investigador principal.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

2010	2011
------	------

MESES	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGS	SEP
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA													
ELABORACIÓN DE PROTOCOLO													
ESTANDARIZACIÓN DE TÉCNICAS													
RECOLECCIÓN DE DATOS													
ANÁLISIS DE DATOS													
PRESENTACIÓN DE DATOS													
REDACCIÓN DE TESIS													

RESULTADOS

Se entrevistaron a 22 pacientes con enfermedad renal terminal (ERC) en hemodiálisis que aceptaron participar en el presente estudio y se realizó el análisis estadístico con Chi cuadrada de Pearson.

Las características sociodemográficas se comportaron de la siguiente manera: de los 22 pacientes entrevistados 63.4% fueron hombres (n=14) y 36.36% fueron mujeres (n=8), con una media de edad de 42.23 años y un rango de los 18 a 74 años, con una desviación estándar de 18.10 años. Su estado civil correspondió al 50% referidos como casados (n=11), 36.36%, a solteros (n=8) y viudos el 9.09% (n=2). El nivel de escolaridad que predominó fue el bachillerato completo correspondiendo al 36.36% (n=8), seguido del nivel secundaria con el 27.27% (n=6) y nivel primaria con el 18.80% (n=4). Se refirió laborar actualmente un 59.09% (n=8) de la muestra con las siguientes ocupaciones: empleado y autoempleado, ambas con el 18.18% (n=4). El 36.36% no laboraban en el momento que se realizó la entrevista correspondiendo al 27.27% (n=6) a personas desempleadas, el 22.73% (n=5) a pensionados y el 13.64% (n=5) dedicados al hogar no remunerado (tabla 1).

Variable	Frecuencia			Porcentaje	
Sexo : Hombre	14			63.64	
Mujer	8			36.36	
Edad	N	Media	D.E.	Min	Max
	22	42.23 años	18.10 años	18 años	74 años
Estado civil					
Soltero	8			36.36	
Casado	11			50.00	
Unión Libre	0			00.00	
Viudo	2			09.09	
Divorciado	0			00.00	
Separado	1			04.55	
Escolaridad					
Primaria	4			18.80	
Secundaria	6			27.27	
Bachillerato	8			36.36	
Carrera Técnica	1			04.55	
Licenciatura	2			09.09	
Posgrado	1			04.55	
Religión					
Católica	17			77.77	
Cristiana	4			18.18	
Evangelista	1			04.55	
Otras	0			00.00	
Ocupación laboral actual					
Laboran actualmente	8			59.09	
No laboran actualmente	14			36.36	
Tipo de ocupación laboral					
Empleado	4			18.18	
Desempleado	6			27.27	
Pensionado	5			22.73	
Autoempleado	4			18.18	
Hogar	5			13.64	

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Ayuda económica		
Padres	7	31.82
Conyugue	9	40.91
Hijos	3	13.64
Hermanos	1	04.55
Otros	2	09.09
Ninguno	0	00.00
Ayuda en actividades diarias		
Padres	7	31.82
Conyugue	8	36.36
Hijos	3	13.64
Hermanos	0	00.00
Otros	1	04.55
Ninguno	3	13.64

Se refirió por los entrevistados una comorbilidad médica asociada a la enfermedad renal crónica con una prevalencia predominante de la Hipertensión arterial sistémica del 95.45% (n=21), seguida por la Diabetes mellitus con un 22.73% (n=5), a continuación se encontraron las enfermedades cardiovasculares, principalmente insuficiencia cardiaca que fue referida desde medianos a grandes esfuerzos con una prevalencia global del 22.73% (n=5) y tres entrevistados reportaron Infarto agudo al miocardio (13.64%) tabla 2.

Enfermedades comorbidas médicas	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes Mellitus	05	22.73
Hipertensión Arterial sistémica	21	95.45
Infarto agudo al miocardio	03	13.64
Evento vascular cerebral	01	04.55
Dislipidemia	02	09.09
Otras enfermedades		
Arterioesclerosis coronaria	01	04.55
Broncopulmonares	00	00.00
Oncogénicas	01	04.55
Genéticas	01	04.55
Cardiovasculares	05	22.73

Los antecedentes de terapia de sustitución renal en esta población se presentaron del siguiente modo: el inicio de cualquier terapia de sustitución renal comprendió una media de 37.22 años, con una desviación estándar de 20.61 años y un rango que va desde el inicio de la edad de 7 a los 74 años. La edad a la que se inició la hemodiálisis comprendió una media de 39.9 años, una desviación estándar de 19 años y un rango de los 16 a los 74 años. El tiempo comprendido desde su inicio con hemodiálisis hasta el momento en que se realizó la entrevista comprendió una media de 23.32 meses con un desviación estándar de 29.13 meses y un rango que fue desde los 25 días hasta los 108 meses. Los antecedentes de recambio de catéteres ya iniciada la hemodiálisis tuvo una media global de 1.54 catéteres con un rango que fue desde 0 recambios hasta 5 en un mismo paciente. Los días por semana requeridos para sesión de hemodiálisis tuvo una media de 2.81 días y 2.95 horas por sesión.

Se reportó como principal etiología de la enfermedad renal crónica en esta muestra otras causas (tabla 3) que comprendía la hipoplasia renal, el riñón poliquistico, y angiomiolipomas por esclerosis tuberosa, a continuación se reportó la Diabetes mellitus con una prevalencia del 27.27% y, en tercer lugar las glomerulopatías.

El 45% de los pacientes reportó una complicación asociada a la terapia de sustitución renal previa al inicio de la hemodiálisis (45%), y cambio a esta última por trasplante renal (27.27%) y disfunción de catéter secundario a peritonitis (18.18%).

En los últimos 6 meses se reportó una prevalencia de complicaciones médicas asociadas a la hemodiálisis del 81.82% (n=18) con predominio del descontrol de hipertensión arterial sistémica (31.82%), Insuficiencia cardiaca (22.73%) y descontrol metabólico (18.18%). El 40.91% de la muestra (n=9) presentó un internamiento hospitalario asociado con la hemodiálisis en los últimos 6 meses debido a descontrol de la Hipertensión arterial sistémica (13.64%), trasplante renal (13.65%) y descontrol metabólico (9.09%) con un rango de días de internamiento que fueron desde las 24 horas a los 30 días.

El 50% (n=11) de los pacientes entrevistados reportaron encontrarse en protocolo de trasplante renal, el 77.27% (n=6) refirió tener un donador relacionado vivo y el 22.73% (n=5) donador cadavérico. Se encontró una media de trasplante renal en el grupo de 0.45 con un rango que fue desde 0 hasta un máximo de 3 trasplantes por paciente.

La calificación otorgada al servicio de hemodiálisis por los pacientes tuvo una media de 8.81 puntos con una desviación estándar de 1.45 y un rango desde 5 a 10 puntos. Tabla 3

Los antecedentes psiquiátricos reportados por los pacientes entrevistados comprendió una prevalencia predominante de por lo menos un episodio depresivo mayor desde el inicio de la hemodiálisis, correspondiendo al 77.27% (n=17).

El trastorno de ansiedad generalizada se reportó como el segundo trastorno psiquiátrico más prevalente, comprendiendo el 45.45% (n=10). La distimia, se reportó en tercer lugar con una prevalencia de 31.82% (n=7). Los otros trastornos psiquiátricos reportados en orden de prevalencia descendente fueron: ataques de pánico (18.18%), insomnio (18.18%), trastorno de estrés postraumático (0.9%) y epilepsia (4.55%). Tabla 4

La atención en la salud mental comprendió el 45.45% de la muestra, el 27.27% refirió antecedentes de prescripción de psicofármacos y el 13.63% antecedentes de terapia psicológica.

Los fármacos más prescritos fueron los antidepresivos tipos ISRS con una prevalencia del 31.82% (n=7), seguidos de las benzodiacepinas con predominio del clonazepam, con una prevalencia del 22.33%. Tabla 5

Tabla 3					
Antecedentes de terapia de sustitución renal en pacientes con ERC en hemodiálisis					
Edad de inicio de terapia de sustitución renal previa					
Variable	N	Media	D.E.	Min	Max
Edad	22	37.22 años	20.61	7 años	74 años
Tiempo de terapia de sustitución renal inicial en pacientes en hemodiálisis					
Meses	22	23.32 meses	29.13	25 días	108 meses
Edad de inicio de hemodiálisis					
Edad	22	39.90 años	19.02	16 años	74 años
Antecedentes de recambios de catéter durante hemodiálisis					
Número de catéteres	22	1.54 catéteres	1.47	0 Catéteres	5 Catéteres

Número de días a la semana en sesión de hemodiálisis					
Días	22	2.81 días	0.394	2 horas	3 horas
Número de horas por sesión de hemodiálisis					
Horas	22	2.95 horas	0.213	2 horas	3 horas
Características clínicas de hemodiálisis					
Variable	Frecuencia		Porcentaje		
Etiología					
DM	6			27.27	
HAS	0			00.00	
Glomerulopatías	3			13.64	
Desconocida	2			09.09	
Otras	11			50.00	
Sustitución renal previa					
Diálisis peritoneal ambulatoria	1			04.55	
Diálisis peritoneal intermitente	11			50.00	
Hemodiálisis	10			45.45	
Complicaciones de terapia de sustitución renal inicial					
Peritonitis	10			45.45	
Sobrecarga hídrica	0			00.00	
Disfunción de catéter	1			04.55	
Descontrol metabólico	0			00.00	
Otras	3			13.64	
Motivo de cambio de terapia de sustitución renal previa					
Disfunción de catéter	4			18.18	
Peritonitis	3			13.64	
Infección de 3 catéter	1			04.55	
Trasplante renal	6			27.27	
Otras	2			9.09	
Motivo de recambio de catéter en hemodiálisis					
Trasplante renal	2			09.09	
Infección de catéter	11			50.00	
Peritonitis (abdomen congelado)	2			09.09	
Bloqueo de acceso	1			04.55	
Complicaciones médicas asociadas a la hemodiálisis en los últimos 6 meses					
Ninguna	4			18.18	
Descontrol de HAS	7			31.82	
Descontrol metabólico	4			18.18	
Infección de acceso	2			09.09	
Insuficiencia cardíaca	5			22.73	
Internamiento hospitalario relacionado con la hemodiálisis en los últimos 6 meses					
	9			40.91	
Motivo de internamiento hospitalario					
Descontrol HAS	3			13.64	
Descontrol metabólico	2			9.09	
Infección de acceso	1			4.55	
Insuficiencia cardíaca	1			4.55	
Otras	3			13.65	
Días de internamiento hospitalario					
	N	Media	D.E.	Min	Max
	9	2.72	6.50	1 día	30 días
Protocolo de trasplante renal					
	11			50.00	
Tipo de donador					
Vivo	6			77.27	
Cadavérico	5			22.73	
Número de trasplantes previos					
	N	Media	D.E.	Min	Max
	11	0.45	0.73	1	3
Calificación brindada al servicio médico recibido					
	N	Media	D.E.	Min	Max
	22	8.81	1.43	5	10

Los antecedentes de abuso y dependencia a sustancias reportados en esta muestra comprendió la dependencia a nicotina con una prevalencia del 40.91% (n=9) y dependencia a etanol con una prevalencia del 40.91%. No se reportaron al interior de la muestra consumo, abuso y dependencia a sustancias (drogas de abuso).

La media de tiempo asociada al consumo de tabaco fue de 9.45 años con una desviación estándar de 14.39 años y un rango de 3 a 48 años. La media de tiempo asociada al consumo de alcohol fue de 9.27 años con una desviación estándar de 14.92 años y un rango de 3 a 48 años.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Episodio depresivo mayor	17	77.27
Distimia	7	31.82
Trastorno de ansiedad generalizada	10	45.45
Trastorno de estrés postraumático	2	09.09
Episodio psicótico	0	00.00
Ataques de pánico	4	18.18
Agorafobia	1	04.55
Insomnio	4	18.18
Trastorno adaptativo	2	09.09
Epilepsia	1	04.55

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Atención Salud mental		
No se recibió atención	12	54.55
Si se recibió atención	10	45.45
Antecedentes de prescripción de psicofármacos	6	27.27
Prescripción de psicofármacos actual	16	72.73
Psicofármacos prescritos		
Antidepresivos	7	31.82
Benzodiazepinas	5	22.73
Neuroléptico	1	04.55
Otros	1	04.55
Antecedentes de terapia psicológica	3	13.64

Variable	N	Media	D.E.	Min	Max
Farmacoterapia					
Tiempo/días	6	276.7 días	707.1	7 días	3240
Psicoterapia					
Tiempo/años	3	0.95	0.293	15 días	1 año

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Antecedentes de Tabaquismo	9	40.91
Antecedentes de Alcoholismo	9	40.91

Variable	N	Media	D.E.	Min	Max
Tabaquismo/años	9	9.45 años	14.39	3 años	48 años
Alcoholismo/años	9	9.27 años	14.92	3 años	48 años

La prevalencia de trastornos psiquiátricos en la muestra participante en el momento de la entrevista, que fue evaluada por medio de la entrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI), identificó la presencia de episodio depresivo mayor actual (2 semanas previas) en el 63.64% (n=14) como trastorno psiquiátrico predominante, a continuación se encontró el trastorno de ansiedad generalizada con una prevalencia del 45.45% (n=10), seguido del trastorno depresivo mayor recidivante en el 40.91% (n=9) y el trastorno distímico (últimos 2 años) en el 40.91% (n=9). Tabla 9

El 13.64% de la muestra (n=3) presentó riesgo suicida que fue desde leve a grave y agorafobia, el 4.55% de la muestra (n=1) presentó fobia social, trastorno de estrés postraumático y dependencia actual a etanol. Tabla 9

Los trastornos psiquiátricos mas predominantes de la muestra, como ha sido mencionado anteriormente, son la depresión y la ansiedad, por lo que se aplicó la escala de ansiedad y depresión de Beck, encontrando en la primera una prevalencia del 95.5% con una media de 16.27 puntos, una desviación estándar de 12.96 puntos y un rango que comprendió desde un punto hasta 38 puntos, predominando la ansiedad leve en un 63.64% de la muestra. Tabla 10. En el caso de la escala de depresión de Beck se encontró una prevalencia de depresión del 50% (n=11), una media de 17.54 puntos, una desviación estándar de 9.1 puntos y un rango de 3 a 38 puntos, predominando la depresión leve.

Tabla 11

Tabla 9		
Diagnostico transversal de trastornos psiquiátricos con base en la Entrevista Neuropsiquiátrica internacional en pacientes con ERC en hemodiálisis		
Variable	Frecuencia	Porcentaje
Episodio depresivo mayor Actual (2 semanas)	14	63.64
Episodio depresivo mayor recidivante	9	40.91
Trastorno distímico Actual (últimos 2 años)	9	40.91
Riesgo suicida Actual (último mes)	3	13.64
Leve	2	09.09
Moderado	0	00.00
Grave	1	04.55
Agorafobia Actual	3	13.64
Fobia social Actual	1	4.55
Trastorno de estrés postraumático Actual	1	4.55
Dependencia a alcohol Actual	1	4.55
Trastorno de ansiedad generalizada Actual (últimos 6 meses)	10	45.45

Tabla 10 Diagnostico de ansiedad generalizada con escala de ansiedad de Beck en pacientes con ERC en hemodiálisis					
Variable	N	Media	D.E.	Min	Max
Escala de Ansiedad de Beck	22	16.27	12.96	1	38
	Frecuencia		Porcentaje		
Leve (01 - 21)	14		63.64		
Moderada (22 - 35)	6		27.27		
Grave (> 36)	2		09.09		

Tabla 11 Diagnostico de depresión con la escala de depresión de Beck en pacientes con ERC en hemodiálisis					
Variable	N	Media	D.E.	Min	Max
Escala de Depresión de Beck	22	17.54	9.13	3	38
	Frecuencia		Porcentaje		
Leve (11 -18)	12		54.55		
Moderada (19 - 26)	7		31.82		
Grave (> 26)	2		13.64		

Los rasgos de personalidad predominantes evaluados con el Examen internacional de los trastornos de personalidad fueron los rasgos histriónicos en un 27.27% de la muestra (n=6), fue seguido por los rasgos esquizoides en un 22.73% (n=5) y en tercer lugar el rasgo límite de la personalidad con un 18.18% (n=3). Tabla 12

Tabla 12 Tamizaje de rasgos de la personalidad predominantes con el Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad en pacientes con ERC en hemodiálisis		
Variable	Frecuencia	Porcentaje
Rasgos paranoides	1	04.55
Rasgos esquizoides	5	22.73
Rasgos esquizotípicos	2	09.09
Rasgos histriónicos	6	27.27
Rasgos antisociales	1	04.55
Rasgos narcisistas	0	00.00
Rasgos límites	4	18.18
Rasgos obsesivos compulsivos	3	13.64
Rasgos dependientes	0	0.0
Rasgos evitativos	0	0.0

La calidad de vida cuantificada con la escala de Calidad de vida para pacientes renales reportó una puntuación media al interior de la muestra de 57.49, una percepción del estado de salud actual media de 51.90 puntos, una percepción de la enfermedad renal media de 48.35 y los efectos de la enfermedad renal sobre la calidad de vida media de 60.50 encontrándose la penúltima dimensión por debajo de 50 puntos considerados como una percepción negativa. Tabla 13

Variable	N	Media	D.E.	Min	Max
Percepción de estado de salud actual	22	51.90	20.37	5	93.9
Percepción de enfermedad renal	22	48.35	13.71	31.2	86.6
Efectos de la enfermedad renal sobre la calidad de vida	22	60.50	16.37	16.8	88
Satisfacción con la atención médica recibida	22	67.57	25.55	0.0	100
Puntuación total de calidad de vida en pacientes con ERC en hemodiálisis	22	57.49	13.40	30.4	84.4

En la tabla 14 se asociaron las características socio demográficas de la muestra participante y el diagnóstico transversal de trastorno depresivo mayor realizado con el MINI sin encontrar significancia estadística en ninguna de las variables.

Variable	Frecuencia		Porcentaje		Significancia
	TDM negativo	TDM positivo	TDM negativo	TDM positivo	P
Sexo					
Hombre	5	9	35.71	64.29	P= 0.933
Mujer	3	5	37.50	62.40	
Edad					
Menor	4	7	36.36	63.64	P=1.000
Media: 42.5					
Mayor	4	7	36.36	63.63	
Estado civil					
Soltero	4	2	50.00	50.00	P=0.269
Casado	3	8	27.27	72.73	
Unión libre	0	0	00.00	00.00	
Viudo	0	2	00.00	100.0	
Divorciado	0	0	00.00	00.00	
Separado	1	0	100.0	00.00	
Escolaridad					
Primaria	2	2	50.00	50.00	P=0.576
Secundaria	1	5	16.67	83.33	
Bachillerato	3	5	37.50	62.50	
Carrera técnica	1	0	100.0	00.00	
Licenciatura	1	1	50.00	50.00	
Posgrado	0	1	00.00	100.0	
Labora actualmente					
Si labora	4	9	30.77	69.23	P=0.499
No labora	4	4	50.00	50.00	
Ocupación					
Empleado	2	2	50.00	50.00	P=0.215
Desempleado	4	2	66.67	33.33	
Pensionado	0	5	00.00	100.0	
Autoempleado	1	3	25.00	75.00	
Hogar	1	2	33.33	66.67	
Ayuda en actividades diarias					
Padres	4	3	57.14	42.86	P=0.222
Cónyuge	1	8	11.11	88.89	
Hijos	2	1	66.67	33.33	
Hermanos	0	1	00.00	100.0	
Otros	1	1	50.00	50.00	
Ninguno	0	0	00.00	00.00	

En cambio la asociación entre las características socio demográficas de la muestra con el trastorno de ansiedad generalizada mostró una tendencia hacia la significancia estadística en la dimensión de ocupación, tabla 15.

La asociación entre las características socio demográficas con el trastorno depresivo recurrente y el trastorno distímico no mostraron una significancia estadística. Tablas 17 y 18. La asociación entre las características socio demográficas con la calidad de vida no mostró una significancia estadística. Tabla 19.

Tabla 15 Asociación entre características sociodemográficas y el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada en pacientes con ERC en hemodiálisis					
Variable	Frecuencia		Porcentaje		Significancia P
	TAG negativo	TAG positivo	TAG negativo	TAG positivo	
Sexo					
Hombre	9	5	64.29	35.71	P=0.225
Mujer	3	5	37.50	62.50	
Edad					
Menor	7	4	63.64	36.36	P=0.392
Media: 42.5					
Mayor	5	6	45.45	54.55	
Estado civil					
Soltero	6	2	75.00	25.00	P=0.175
Casado	5	6	45.45	54.55	
Unión libre	0	0	00.00	00.00	
Viudo	0	2	00.00	100.0	
Divorciado	0	0	00.00	00.00	
Separado	1	0	100.0	00.00	
Escolaridad					
Primaria	2	2	50.00	50.00	P=0.571
Secundaria	3	3	50.00	50.00	
Bachillerato	4	4	50.00	50.00	
Carrera técnica	1	0	100.0	00.00	
Licenciatura	2	0	100.0	00.00	
Posgrado	0	1	00.00	100.0	
Labora actualmente					
Si labora	6	7	46.15	53.85	P=0.232
No labora	6	2	75.00	25.00	
Ocupación					
Empleado	3	1	75.00	25.00	P=0.064
Desempleado	5	1	83.33	16.67	
Pensionado	0	5	00.00	100.0	
Autoempleado	2	2	50.00	50.00	
Hogar	2	1	66.67	33.33	
Ayuda en actividades diarias					
Padres	6	1	85.71	14.29	P=0.217
Cónyuge	3	6	33.33	66.67	
Hijos	2	1	66.67	33.33	
Hermanos	0	1	00.00	100.0	
Otros	1	1	50.00	50.00	
Ninguno	0	0	00.00	00.00	

Tabla 16 Asociación entre características sociodemográficas y el diagnóstico de distimia en pacientes con ERC en hemodiálisis					
Variable	Frecuencia		Porcentaje		Significancia P
	Distimia negativa	Distimia positiva	Distimia negativa	Distimia positiva	
Sexo					
Hombre	10	4	71.43	28.77	P=0.119
Mujer	3	5	35.50	62.50	
Edad					
Menor	5	6	45.45	54.55	P=0.193
Media: 42.5					
Mayor	8	3	72.73	27.27	

Estado civil					
Soltero	5	3	62.50	37.50	P=0.398
Casado	5	6	45.45	54.55	
Unión libre	0	0	00.00	00.00	
Viudo	2	0	100.0	00.00	
Divorciado	0	0	00.00	00.00	
Separado	1	0	100.0	00.00	
Escolaridad					
Primaria	3	1	75.00	25.00	P=0.720
Secundaria	3	3	50.00	50.00	
Bachillerato	5	3	62.50	37.50	
Carrera técnica	1	0	100.0	00.00	
Licenciatura	1	1	50.00	50.00	
Posgrado	0	1	00.00	100.0	
Labora actualmente					
Si labora	7	6	53.85	46.15	P=0.297
No labora	6	2	75.00	25.00	
Ocupación					
Empleado	2	2	50.00	50.00	P=0.823
Desempleado	4	2	66.67	33.33	
Pensionado	2	3	40.00	60.00	
Autoempleado	3	1	75.00	25.00	
Hogar	2	1	66.67	33.33	
Ayuda en actividades diarias					
Padres	5	2	71.73	28.57	P=0.099
Cónyuge	3	6	33.33	66.67	
Hijos	3	0	100.0	00.00	
Hermanos	0	1	00.00	100.0	
Otros	2	0	100.0	00.00	
Ninguno	0	0	00.00	100.0	

Tabla 17					
Asociación entre características sociodemográficas y el diagnóstico de trastorno depresivo recurrente en pacientes con ERC en hemodiálisis					
Variable	Frecuencia		Porcentaje		Significancia P
	TDMRe negativo	TDMRe positivo	TDMRe negativo	TDMRe positivo	
Sexo					
Hombre	10	4	71.43	28.57	P=0.119
Mujer	3	5	37.50	62.50	
Edad					
Menor	6	5	54.55	45.45	P=0.665
Media: 42.5					
Mayor	7	4	63.64	36.36	
Estado civil					
Soltero	6	2	75.00	25.00	P=0.485
Casado	5	6	45.45	54.55	
Unión libre	0	0	00.00	00.00	
Viudo	1	1	50.00	50.00	
Divorciado	0	0	00.00	00.00	
Separado	1	0	100.0	00.00	
Escolaridad					
Primaria	2	2	50.00	50.00	P=0.773
Secundaria	4	2	66.67	33.33	
Bachillerato	5	3	62.50	37.50	
Carrera técnica	1	0	100.0	00.00	
Licenciatura	1	1	50.00	50.00	
Posgrado	0	1	00.00	100.0	
Labora actualmente					
Si labora	7	6	53.85	46.15	P=0.297
No labora	6	2	75.00	25.00	
Ocupación					
Empleado	2	2	50.00	50.00	P=0.263
Desempleado	5	1	83.33	16.67	
Pensionado	1	4	20.00	80.00	
Autoempleado	3	1	75.00	25.00	
Hogar	2	1	66.67	33.33	

Ayuda en actividades diarias						
Padres	6	1	85.71	14.28	P=0.115	
Cónyuge	3	6	33.33	66.67		
Hijos	2	1	66.67	33.33		
Hermanos	0	1	00.00	100.0		
Otros	2	0	100.0	00.00		
Ninguno	0	0	00.00	00.00		

Tabla 18

Asociación entre características sociodemográficas y calidad de vida en pacientes con ERC en hemodiálisis

Variable	Percepción de salud			Percepción enfermedad renal			Percepción calidad de vida			Atención en salud		
			P			P			P			P
Sexo												
Hombre	7 50.0	7 50.0	P 1.0	6 42.8	8 54.1	P 0.3	7 50.0	7 50.0	P 1.0	6 42.8	8 57.1	P 0.3
Mujer	4 50.0	4 50.0		5 62.5	3 37.5		4 50.0	4 50.0		5 62.5	3 37.5	
Edad												
Menor Media: 42.5	6 54.5	5 45.5	P 0.67	6 54.5	5 45.5	P 0.67	5 45.5	6 54.5	P 0.67	6 54.5	5 45.5	P 0.67
Mayor	5 45.5	6 54.5		5 45.5	6 54.5		6 54.5	5 45.5		6 54.5		
Estado civil												
Soltero	4 50.0	4 50.0	P 0.37	4 50.0	4 50.0	P 0.37	3 37.5	5 62.5	P 0.30	4 50.0	4 50.0	P 0.77
Casado	5 45.5	6 54.4		5 45.5	6 54.5		6 54.5	5 45.5		6 54.5		
Unión libre	0 0.0	0 0.0		0 0.0	0 0.0		0 0.0	0 0.0		0 0.0		
Viudo	2 100	0 0.0		2 100	0 0.0		2 100	0 0.0		1 50.0	1 50.0	
Divorciado	0 0.0	0 0.0		0 0.0	0 0.0		0 0.0	0 0.0		0 0.0		
Separado	0 0.0	1 100		0 0.0	1 100		0 0.0	1 100		1 100	0 0.0	
Escolaridad												
Primaria	3 75.0	1 25.0	P 0.34	3 75.0	1 25.0	P 0.34	3 75.0	1 25.0	P 0.41	2 50.0	2 50.0	P 0.71
Secundaria	2 33.3	4 66.7		2 33.3	4 66.7		3 50.0	3 50.0		2 33.3	4 66.7	
Bachillerato	4 50.0	4 50.0		4 50.0	4 50.0		4 50.0	4 50.0		4 50.0		
Carrera técnica	1 100	0 0.0		1 100	0 0.0		0 0.0	1 100		1 100	0 0.0	
Licenciatura	0 0.0	1 100		0 0.0	1 100		0 0.0	1 100		1 100	0 0.0	
Posgrado	1 100	0 0.0		1 100	0 0.0		1 100	0 0.0		1 100	0 0.0	
Labora actualmente												
Si labora	7 53.8	6 46.1	P 0.58	5 38.4	8 61.5	P 0.33	8 61.4	5 38.4	P 0.33	6 46.1	7 53.8	P 0.45
No labora	4 50.0	4 50.0		5 62.5	3 37.5		3 37.5	5 62.5		5 62.5	3 37.5	

Ocupación												
Empleado	1 25.0	3 75.0		1 25.0	3 75.0		1 25.0	3 75.0		3 75.0	1 25.0	
Desempleado	2 33.3	4 66.7		2 33.3	4 66.7		2 33.3	4 66.7		3 50.0	3 50.0	
Pensionado	4 80.0	1 20.0	P 0.30	4 80.0	1 20.0	P 0.30	4 80.0	1 20.0	P 0.30	1 20.0	4 80.0	P 0.56
Autoempleado	3 75.0	1 25.0		3 75.0	1 25.0		3 75.0	1 25.0		2 50.0	2 50.0	
Hogar	1 33.3	2 66.7		1 33.3	2 66.7		1 33.3	2 66.7		2 66.7	1 33.3	
Ayuda en actividades diarias												
Padres	3 42.8	4 57.1										
Cónyuge	5 55.5	4 44.4		5 55.5	4 44.4		5 55.5	4 44.4		4 44.4	5 55.5	
Hijos	1 33.3	2 66.7	P 0.81	1 33.3	2 66.7	P 0.81	1 33.3	2 66.7	P 0.81	2 66.7	1 33.3	P 0.81
Hermanos	1 100	0 0.0										
Otros	1 50.0	1 50.0		2 100	0 0.0		1 50.0	1 50.0		1 50.0	1 50.0	
Ninguno	0 0.0	0 0.0										

La asociación entre la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica y el trastorno depresivo mayor no resultó ser estadísticamente significativo, sin embargo, se observa una tendencia significativa en la dimensión de la escala de calidad de vida renal de percepción de la salud, en la cual el 81.92% de la muestra presentó el diagnóstico de trastorno depresivo mayor positivo y un puntaje menor a la media encontrada en el grupo. Así mismo en la dimensión de percepción de la calidad de vida se observó una tendencia estadística a la significancia resultando negativa en los rubros restantes. Tabla 19.

La asociación entre calidad de vida y trastorno depresivo recurrente no mostró una asociación significativa, presentando una menor proporción de aquellos pacientes con diagnóstico positivo a este trastorno y una calidad de vida menor al puntaje medio. Tabla 20.

La asociación entre calidad de vida y trastorno distímico no mostró una asociación significativa, no obstante se observa una tendencia a la significancia en el rubro de satisfacción en la atención de la salud, en donde el 27.27% de la muestra presentaba un diagnóstico positivo y un puntaje menor a la media en la escala de calidad de vida. Tabla 21

La asociación entre trastorno de ansiedad generalizada y la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica resultó estadísticamente significativa.

Tabla 19 Asociación entre calidad de vida y depresión en pacientes con ERC en hemodiálisis					
Variable	Frecuencia		Porcentaje		Significancia P
	TDM negativo	TDM positivo	TDM negativo	TDM positivo	
Percepción de la salud					
Menor	2	9	18.18	81.92	<u>P=0.076</u>
Media: 52.65					
Mayor	6	5	54.55	45.45	
Percepción de enfermedad renal					
Menor	3	8	27.27	72.73	P=0.375
Media: 45.55					
Mayor	5	6	45.45	54.55	
Percepción de calidad de vida					
Menor	2	9	18.18	81.82	<u>P=0.076</u>
Media: 61.95					
Mayor	6	5	54.22	45.45	
Satisfacción en la atención en salud					
Menor	5	6	45.45	54.55	P=0.375
Media: 73.3					
Mayor	3	8	27.27	72.73	
Puntuación total					
Menor	3	8	27.27	72.73	0.375
Media: 58.8					
Mayor	5	6	54.55	54.55	

Tabla 20 Asociación de calidad de vida y diagnóstico de trastorno depresivo mayor recurrente en pacientes con ERC en hemodiálisis					
Variable	Frecuencia		Porcentaje		Significancia P
	TDMR negativa	TDMR positiva	TDMR negativa	TDMR positivo	
Percepción de salud					
Menor	5	6	45.45	54.55	P=0.193
Media: 52.65					
Mayor	8	3	72.73	27.27	
Percepción de enfermedad renal					
Menor	6	5	54.55	45.45	P=0.665
Media: 45.55					
Mayor	7	4	63.64	36.36	
Percepción de calidad de vida					
Menor	5	6	45.45	54.55	P=0.193
Media: 61.95					
Mayor	8	3	72.73	27.27	
Satisfacción en la atención en salud					
Menor	7	4	63.64	36.36	P=0.665
Media: 73.3					
Mayor	6	5	54.55	45.45	
Puntuación total					
Menor	6	5	54.55	45.45	P=0.665
Media: 58.8					
Mayor	7	4	63.64	36.36	

Esta asociación se observó en el rubro de percepción de la salud en donde 72.73% de los pacientes con un diagnóstico positivo de ansiedad generalizada presentó un puntaje por debajo de la media del grupo y se observó también una asociación positiva con la dimensión de la percepción de la calidad de vida en donde la misma proporción de pacientes con diagnóstico positivo presentó un puntaje por debajo de la media.

Cabe destacar una tendencia a la significancia estadística en la dimensión de percepción de la enfermedad renal en donde el 63.64% de la muestra que fue diagnosticada con trastorno de ansiedad presentó un puntaje menor a la media grupal. Tabla 22.

Tabla 21 Asociación entre calidad de vida y diagnóstico de distimia en pacientes con ERC en hemodiálisis					
Variable	Frecuencia		Porcentaje		Significancia P
	Distimia negativa	Distimia positiva	Distimia negativa	Distimia positiva	
Percepción de salud Menor Media: 52.65 Mayor	6 7	5 4	54.55 63.64	45.45 36.36	P=0.665
Percepción de enfermedad renal Menor Media: 45.55 Mayor	7 6	4 5	63.64 54.55	36.36 45.45	
Percepción de calidad de vida Menor Media: 61.95 Mayor	6 7	5 4	54.55 63.64	45.45 36.36	P=0.665
Satisfacción en la atención en salud Menor Media: 73.3 Mayor	8 5	3 6	72.73 45.45	27.27 54.55	
Puntuación total Menor Media: 58.8 Mayor	7 6	4 5	63.64 54.55	36.36 45.45	P=0.665

Tabla 22 Asociación entre calidad de vida y trastorno de ansiedad generalizada en pacientes con ERC en hemodiálisis					
Variable	Frecuencia		Porcentaje		Significancia P
	TAG negativo	TAG positivo	TAG negativo	TAG positivo	
Percepción de salud Menor Media: 52.65 Mayor	3 9	8 2	27.27 81.82	72.73 18.18	<u>P=0.010</u>
Percepción de enfermedad renal Menor Media: 45.55 Mayor	4 8	7 3	36.36 72.73	63.64 27.27	
Percepción de calidad de vida Menor Media: 61.95 Mayor	3 9	8 2	27.27 81.82	72.73 18.18	<u>P=0.010</u>
Satisfacción en la atención en salud Menor Media: 73.3 Mayor	6 6	5 5	54.55 54.55	45.45 45.45	
Puntuación total Menor Media: 58.8 Mayor	4 8	7 3	36.36 72.72	63.64 27.27	P=0.087

Así mismo se observó una tendencia hacia la significancia estadística en la puntuación total de la escala de la calidad de vida, en donde el 64.63% de los pacientes con un puntaje menor a la media presentó diagnóstico de trastorno de ansiedad. Tabla 22.

La asociación entre el diagnóstico de agorafobia y la calidad de vida no fue estadísticamente significativa, pero se observó una tendencia en el rubro de percepción de salud y percepción de calidad de vida en donde todos los pacientes con este diagnóstico presentaron un puntaje menor a la media. Tabla 23.

En cambio el diagnóstico de riesgo suicida y calidad de vida no mostró una asociación estadísticamente significativa.

Tabla 24.

Tabla 23 Asociación entre calidad de vida y diagnostico de agorafobia en pacientes con ERC en hemodiálisis					
Variable	Frecuencia		Porcentaje		significancia
	AGF negativa	AGF positiva	AGF negativa	AGF positiva	P
Percepción de salud					
Menor	8	3	72.73	27.27	P=0.062
Media: 52.65					
Mayor	11	0	100.0	00.00	
Percepción de enfermedad renal					
Menor	10	1	90.91	09.09	P=0.534
Media: 45.55					
Mayor	9	2	81.82	18.18	
Percepción de calidad de vida					
Menor	8	3	72.72	27.27	P=0.062
Media: 61.95					
Mayor	11	0	100.0	00.00	
Satisfacción en la atención en salud					
Menor	10	1	90.91	09.09	P=0.534
Media: 73.3					
Mayor	9	2	81.82	18.18	
Puntuación total					
Menor	9	2	81.82	18.18	P=0.534
Media: 58.8					
Mayor	10	1	90.91	09.09	

La asociación entre rasgos de la personalidad y la calidad de vida resultó ser negativa, encontrándose solo algunas tendencias sugestivas de su relación entre un puntaje menor de las dimensiones de percepción de la enfermedad renal y satisfacción en la salud.

Los rasgos de personalidad predominantes en la muestra corresponden a los tipo esquizoide quienes representaron el 36.36% de la muestra con un predominio de un puntaje menor a la media en las dimensiones antes mencionadas.

Los rasgos de personalidad con una mayor representación fueron los rasgos histriónicos con un porcentaje del 54.54% de los cuales el 36% presentó un puntaje menor a la media en la escala de calidad de vida. Tabla 25.

Tabla 24 Asociación de calidad de vida y diagnostico de riesgo suicida en pacientes con ERC en hemodiálisis										
Variable	Frecuencia				Porcentaje				Significancia	
	Ausencia	L	M	G	Ausencia	L	M	G		
Percepción de salud										
Menor	8	2	0	1	73.72	18.18	0	9.09	P=0.176	
Media: 52.65										
Mayor	11	0	0	0	100.0	0.0	0	0.0		
Percepción de enfermedad renal										
Menor	9	1	0	1	81.82	9.09	0	9.09	P=0.561	
Media: 45.55										
Mayor	10	1	0	0	90.91	9.09	0	0.0		
Percepción de calidad de vida										
Menor	8	2	0	1	72.73	18.18	0	9.09	P=0.176	
Media: 61.95										
Mayor	11	0	0	0	100.0	0.0	0	0.0		
Satisfacción en la atención en salud										
Menor	9	1	0	1	81.82	9.09	0	9.09	P=0.521	
Media: 73.3										
Mayor	10	1	0	0	90.91	9.09	0	0.0		
Puntuación total										
Menor	9	1	0	1	81.82	9.09	0	9.09	P=0.521	
Media: 58.8										
Mayor	10	1	0	0	90.91	9.09	0	0.0		

Abreviaciones: L = Riesgo suicida leve, M=Riesgo suicida moderado, G =Riesgo suicida grave

Tabla 25 Asociación entre calidad de vida y rasgos predominantes de personalidad en pacientes con ERC en hemodiálisis											
Variable	Pa	Es	Et	Hi	An	Na	Li	Toc	Ev	Dep	P
Percepción de salud											
Menor	0	4	1	2	1	0	2	1	0	0	P=0.76
Media: 52.65	0.0	36.36	9.09	18.18	9.09	0.0	18.18	9.09	0.0	0.0	
Mayor	1	1	1	4	0	0	2	2	0	0	
	9.09	9.09	9.09	36.36	0.0	0.0	18.18	18.18	0.0	0.0	
Percepción de enfermedad renal											
Menor	0	4	1	4	1	0	1	0	0	0	P=0.20
Media: 45.55	0.0	36.36	9.09	36.36	9.09	0.0	9.09	0.0	0.0	0.0	
Mayor	1	1	1	2	0	0	0	3	0	0	
	9.09	9.09	9.09	18.18	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
Percepción de calidad de vida											
Menor	0	3	1	3	1	0	2	1	0	0	P=0.86
Media: 61.95	0.0	27.27	9.09	27.27	9.09	0.0	18.18	9.09	0.0	0.0	
Mayor	1	2	1	3	0	0	2	2	0	0	
	9.09	18.18	9.09	27.27	0.0	0.0	18.18	18.18	0.0	0.0	
Satisfacción en la atención en salud											
Menor	1	4	1	2	0	0	3	0	0	0	P=0.26
Media: 73.3	9.09	36.36	9.09	18.18	0.0	0.0	27.27	0.0	0.0	0.0	
Mayor	0	1	1	4	1	0	1	3	0	0	
	0.0	9.09	9.09	36.36	0.0	0.0	9.09	27.27	0.0	0.0	
Puntuación total											
Menor	0	4	1	3	1	0	2	0	0	0	P=0.34
Media: 58.8	0.0	36.36	9.09	27.27	9.09	0.0	18.18	0.0	0.0	0.0	
Mayor	1	1	1	3	0	0	2	3	0	0	
	9.09	9.09	9.09	27.27	0.0	0.0	18.18	27.27	0.0	0.0	

Abreviaturas: Pa = Rasgos paranoides de la personalidad; Es = Rasgos esquizoides de la personalidad; Et = Rasgos esquizotípicos de la personalidad; Hi= Rasgos histriónicos de la personalidad; An=Rasgos antisociales de la personalidad; Na = Rasgos narcisistas de la personalidad; Li = Rasgos límites de la personalidad; Toc = Rasgos obsesivos compulsivos de la personalidad; Ev = Rasgos evitativos de la personalidad; De = Rasgos dependientes de la personalidad.

La asociación entre las características clínicas secundarias a hemodiálisis y la calidad de vida resultó ser estadísticamente significativa en el rubro de trasplante renal, es decir, aquellos pacientes que ya habían sido sujetos a un trasplante renal previo presentaron un puntaje mayor a la media grupal, en todas las dimensiones.

Se observó una tendencia a la significancia estadística entre el menor tiempo de hemodiálisis y una mayor calidad de vida de manera global. Tabla 26

Tabla 26 Asociación entre calidad de vida y características clínicas de pacientes con ERC en hemodiálisis												
Variable	Percepción de salud			Percepción enfermedad renal			Percepción calidad de vida			Atención en salud		
Etiología												
DM	3 50.0	3 50.0		3 50.0	3 50.0		3 50.0	3 50.0		2 33.3	4 66.6	
HAS	0 0.0	0 0.0		0 0.0	0 0.0		0 0.0	0 0.0		0 0.0	0 0.0	
Glomerulopatías	0 0.0	3 100	P 0.28	1 33.3	2 66.6	P 0.36	1 33.3	2 66.6	P 0.95	1 50.0	1 50.0	P 0.77
Desconocida	1 50.0	1 50.0		0 0.0	2 100		1 50.0	1 50.0		1 50.0	1 50.0	
Otras	7 63.6	4 36.3		7 63.4	4 36.3		6 54.5	5 45.5		6 54.5	5 45.5	
Edad de inicio de hemodiálisis												
Menor	6 54.5	4 45.5	P 0.67	6 54.5	4 45.5	P 0.67	5 45.5	6 54.4	P 0.67	6 54.5	5 45.5	P 0.67
Media: 32 años												
Mayor	5 45.5	6 54.4		5 45.5	6 54.4		6 54.4	5 45.5		5 45.5	6 54.5	
Tiempo en hemodiálisis												
Menor	8 53.3	7 46.6	P 0.64	8 53.3	7 46.6	P 0.64	9 60.0	6 40.0	P 0.17	9 60.0	6 40.0	P 0.17
Media: 12 meses												
Mayor	3 42.8	4 57.4		3 42.8	4 57.4		2 28.5	5 71.4		2 28.9	5 71.4	
Número de recambios de catéter												
Menor	8 66.6	4 33.3		7 58.3	5 41.6		7 58.8	5 41.6		6 50.0	5 50.0	
Media: 1.5 cambios												
Mayor	3 30.0	7 70.0	P 0.08	4 40.0	6 60.0	P 0.39	4 40.0	6 60.0	P 0.36	5 50.0	6 50.0	P 1.0
Motivo de recambio de catéter												
Desconoce	0 0.0	2 100		1 50.0	1 50.0		0 0.0	2 100		2 100	0 0.0	
Infección de acceso	6 54.5	5 45.5		5 45.5	6 54.5		6 54.5	5 45.4		3 27.2	8 72.7	
Peritonitis	0 0.0	1 100	P 0.50	0 0.0	1 100	P 0.80	0 0.0	1 100	P 0.16	0 0.0	1 100	P 0.15
Bloqueo de acceso	1 50.0	1 50.0		1 50.0	1 50.0		0 0.0	2 100		1 50.0	1 50.0	
Otras	1 100	0 0.0		1 100	0 0.0		1 100	0 0.0		1 100	0 0.0	
Trasplante renal	3 60.0	2 40.0		3 60.0	2 40.9		4 80.0	1 20.0		4 80.0	1 20.0	

Complicaciones durante hemodiálisis												
Ninguna	1 25.0	3 75.0		2 50.0	2 50.0		2 50.0	2 50.0		3 75.0	1 25.0	
Descontrol HAS	3 42.8	4 57.1		3 42.8	4 57.1		3 42.8	4 57.1		3 42.8	4 57.1	
Descontrol metabólico	2 50.0	2 50.0		2 50.0	2 50.0		1 25.0	3 75.0		3 75.0	1 25.0	
Infección de acceso	2 100	0 0.0	P 0.50	2 100	0 0.0	P 0.67	2 100	0 0.0	P 0.50	0 0.0	2 100	P 0.36
Infección de catéter	3 60.0	2 40.0		2 40.0	3 60.0		3 60.0	2 40.0		2 40.0	3 60.0	
Otras	0 0.0	0 0.0		0 0.0	0 0.0		0 0.0	0 0.0		0 0.0	0 0.0	
Protocolo de trasplante renal												
No	8 72.7	3 27.2	P	8 72.7	3 27.2	P	9 81.8	2 18.1	P	7 63.6	4 36.3	P
Si	3 27.2	8 72.3	<u>0.03</u>	3 27.2	8 72.7	<u>0.03</u>	2 18.1	9 81.2	<u>0.003</u>	4 36.3	7 63.6	0.20

La asociación entre las características clínicas de la muestra y el diagnóstico de trastorno depresivo mayor presentaron resultó ser estadísticamente significativa cuando se abordaron las complicaciones médicas debidas a hemodiálisis, presentando $P=0.033$ en donde el 87.71% de los pacientes que fueron diagnosticados con trastorno depresivo mayor y descontrol de la Hipertensión arterial, y el 100% que recibieron este diagnóstico e infección de acceso. Se mostró una tendencia estadísticamente significativa entre el rubro de motivo de recambio de catéter con un 81.92% por infección de acceso y presencia de peritonitis. Tabla 27

De manera interesante se mostró ninguna asociación significativa entre características clínicas de los pacientes hemodializados y el trastorno de ansiedad generalizada en el rubro de protocolo de trasplante renal, en donde le 81.82% de los pacientes que habían sido trasplantados en algún momento, no presentaron este diagnóstico psiquiátrico y aquellos pacientes que no habían sido trasplantados, un total de 72.73% de los pacientes diagnosticados con trastorno de ansiedad generalizada, presentaron este ultimo diagnóstico.

Se mostró una tendencia estadísticamente significativa entre la presencia de antecedentes positivo para internamiento hospitalario asociado a complicaciones de la hemodiálisis y el trastorno de ansiedad generalizada, en donde el 61.64% de los pacientes que habían sido hospitalizados en algún momento de los últimos 6 meses previos a la entrevista, fueron diagnosticados con este trastorno. Tabla 28

No se mostró una asociación estadísticamente significativa entre las características clínicas de los pacientes hemodializados y el trastorno de depresión recurrente, el trastorno distímico y el riesgo suicida.

Tabla 27 Asociación entre diagnóstico de trastorno depresivo mayor y características clínicas de pacientes con ERC en hemodiálisis					
Variable	Frecuencia		Porcentaje		Significancia
	TDM negativo	TDM positivo	TDM negativo	TDM positivo	p
Etiología					
DM	2	4	33.33	66.67	P=0.622
HAS	2	1	66.67	33.33	
Glomerulopatías	1	1	50.00	50.00	
Desconocida	3	8	27.27	72.73	
Otras	0	0	00.00	00.00	
Edad de inicio de hemodiálisis					
Menor	4	7	36.36	63.64	P=1.00
Media: 32 años					
Mayor	4	7	36.36	63.64	
Tiempo en hemodiálisis					
Menor	7	8	46.67	53.33	P=0.141
Media: 12 meses					
Mayor	1	6	14.29	85.71	
Número de recambios de catéter					
Menor	5	7	41.67	58.33	P=0.571
Media: 1.5 cambios					
Mayor	3	7	30.00	70.00	
Motivo de recambio de catéter					
Desconoce	2	0	100.0	00.00	P=0.083
Infección de acceso	2	9	18.18	81.92	
Peritonitis	0	1	00.00	100.0	
Bloqueo de acceso	2	0	100.0	00.00	
Otras	0	1	00.00	100.0	
Trasplante renal	2	3	40.00	60.0	
Complicaciones durante hemodiálisis					
Ninguna	4	0	100.0	00.00	P=0.033
Descontrol HAS	1	6	14.29	85.71	
Descontrol metabólico	2	2	50.00	50.00	
Infección de acceso	0	2	00.00	100.0	
Infección de catéter	1	4	20.00	80.00	
Otras	0	0	00.00	100.0	
Protocolo de trasplante renal					
No	3	8	27.27	72.73	P=0.375
Si	5	6	45.45	54.55	

Tabla 28 Asociación entre diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada y características clínicas de pacientes con ERC en hemodiálisis					
Variable	Frecuencia		Porcentaje		Significancia
	TAG negativo	TAG positivo	TAG negativo	TAG positivo	P
Etiología					
DM	3	3	50.00	50.00	P=0.402
HAS	3	0	100.0	00.00	
Glomerulopatías	1	1	50.00	50.00	
Desconocida	5	6	45.45	54.55	
Otras	0	0	00.00	00.00	
Edad de inicio de hemodiálisis					
Menor	7	4	63.64	36.36	P=0.392
Media: 32 años					
Mayor	5	6	45.45	54.55	
Tiempo en hemodiálisis					
Menor	8	7	53.33	46.67	P=0.867
Media: 12 meses					
mayor	4	3	57.14	42.86	
Número de recambios de catéter					
Menor	6	6	50.00	50.00	P=0.639
Media: 1.5 cambios					
Mayor	6	4	60.00	40.00	
Motivo de recambio de catéter					
Desconoce	2	0	100.0	00.00	P=0.291
Infección de acceso	5	6	45.45	54.55	
Peritonitis	1	0	100.0	00.00	
Bloqueo de acceso	2	0	100.0	00.00	
Otras	0	1	00.00	100.0	
Trasplante renal	2	3	40.00	60.00	
Complicaciones durante hemodiálisis					
Ninguna	4	0	100.0	00.00	P=0.184
Descontrol HAS	4	3	57.14	42.86	
Descontrol metabólico	2	2	50.00	50.00	
Infección de acceso	0	2	00.00	100.0	
Infección de catéter	2	3	40.00	60.00	
Otras	0	0	00.00	00.00	
Internamiento hospitalario asociado a hemodiálisis					
No	5	8	38.46	61.64	P=0.069
Si	7	2	77.78	22.22	
Protocolo de trasplante renal					
No	3	8	27.27	72.73	P=0.010
Si	9	2	81.82	18.18	

La asociación entre cualquier modalidad de atención a la salud mental no mostró una asociación significativa, pero se observó que conforme el tiempo con psicofármacos prescritos aumentaba en los pacientes con cualquier diagnóstico psiquiátrico mejoraba su calidad de vida, específicamente en el rubro de percepción en la salud.

Se observó una tendencia significativa en aquellos pacientes que presentaban una menor calidad de vida y que recibieron atención mental, es decir, aquellos pacientes que percibían una baja calidad de vida requirieron mayor atención en la salud mental. Tabla 29.

Tabla 29												
Asociación entre calidad de vida y características clínicas de pacientes con ERC en hemodiálisis												
Variable	Percepción de salud			Percepción enfermedad renal			Percepción calidad de vida			Atención en salud		
	5 41.6	7 58.3	P 0.39	5 41.6	7 58.3	P 0.39	6 50.0	6 50.0	P 1.0	5 41.6	7 58.3	P 0.39
Atención en salud mental	6 60.0	4 40.0		6 60.0	4 40.0		5 50.0	5 50.0		6 60.0	4 40.0	
Tratamiento psicofarmacológico	2 33.3	4 66.6	P 0.33	2 33.3	4 66.6	P 0.33	2 33.3	4 66.7	P 0.33	2 33.3	4 66.7	P 0.33
	9 56.2	7 43.7		9 56.2	7 43.7		9 56.2	7 43.7		9 56.2	7 43.7	
Tiempo con tratamiento psicofarmacológico												
Menor	9 69.2	4 30.7	P <u>0.03</u>	7 53.8	6 46.1	P 0.66	8 61.5	5 38.4	P 0.19	7 53.8	6 46.1	P 0.66
Media: 276 días												
Mayor	2 22.2	7 77.7		4 44.4	5 55.5		3 33.3	6 66.6		4 44.4	5 55.6	
Tratamiento psicológico	10 52.6	9 47.3	P 0.53	9 47.3	10 52.6	P 0.53	10 52.6	9 47.3	P 0.53	9 47.3	10 52.6	P 0.53
	1 33.3	2 66.6		2 66.6	1 33.3		1 33.3	2 66.6		2 66.6	1 33.3	

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida en los pacientes con enfermedad renal crónica y asociarla con la prevalencia de trastornos psiquiátricos al interior de la población que está en hemodiálisis en esta Unidad Hospitalaria, dado que no se encuentra ningún registro en la literatura nacional con estas características.

Al contrario de lo expuesto en la literatura internacional, la prevalencia de los trastornos del sueño no fue registrada como primer sitio dentro de los trastornos psiquiátricos comórbidos, como ha sido sugerido por A. Sabry quien reportó una prevalencia de hasta el 80% de los trastornos del sueño encabezando la lista el insomnio (52%), seguido del síndrome de piernas inquietas y apnea del sueño, la falta de congruencia posiblemente sea debida a que el 72.73% de la muestra estudiada en el momento de la entrevista consumía algún tipo de psicofármaco, con predominio de los antidepresivos tipo ISRS y benzodiazepinas, además no se exploraron de manera intencionada los trastornos del sueño con cuestionarios estandarizados.

El principal trastorno psiquiátrico con mayor prevalencia en la muestra estudiada fue el trastorno depresivo mayor, fue referido como el antecedente más común con una prevalencia del 77.27% siendo registrado al iniciar la hemodiálisis, este dato fue superior a lo reportado por Hedayati & Finkelstein quienes señalaron una prevalencia de depresión del 20 al 30%, sin embargo, Draye refiere que la prevalencia oscila entre el 20 hasta el 80% de los estudios analizados por este autor.

El segundo trastorno psiquiátrico con mayor prevalencia fue el trastorno de ansiedad generalizada que comprendió el 45.45% de la muestra, este resultado es concordante con Murtagh y cols. quién contabilizó este trastorno entre el 12 al 52% con un promedio del 38%.

El trastorno distímico junto el trastorno depresivo mayor recurrente ocuparon el tercer puesto con una prevalencia del 31.82%. Hedayati reportó en 2009 una prevalencia de trastorno distímico y de trastorno depresivo recurrente del 1.8%, en una muestra de 272 pacientes, es decir en nuestro estudio se encontró que una tercera parte de los pacientes presentaban uno o ambos trastornos en un momento dado.

Los demás trastornos psiquiátricos encontrados al interior de la muestra fueron : el trastorno por ataques de pánico con un 18.18%, insomnio con 18.18% y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) con 0.9%. Nuevamente las prevalencias encontradas en nuestra muestra son mayores a las reportadas por Hedayati, a diferencia de lo reportado por este autor no se encontró presencia de episodio psicótico en algún paciente, trastorno bipolar y trastorno obsesivo-compulsivo.

Los antecedentes de uso y dependencia a sustancias reportadas en nuestra muestra comprendieron la dependencia a nicotina (40.9%) y la dependencia a alcohol (40.9%), y el diagnóstico trasversal comprendió el 0.09%, sin encontrar referencia de dichos antecedentes en la literatura.

El episodio depresivo mayor diagnosticado trasversalmente con el MINI y cuantificado con la escala de depresión de Beck difirió con lo reportado por Esquivel-Molina (2009), este autor reporta en su muestra de 54 pacientes una prevalencia de depresión del 51.8%, el 18.2% con depresión leve, 20% moderada y 14.5% grave, en cambio en nuestro

estudio se encontró una prevalencia de trastorno depresivo mayor del 63.6% de estos, el 54.5% presentaban depresión leve, 31.82% moderada y solo el 13.6% grave.

El trastorno de ansiedad generalizada también fue cuantificado con la escala de ansiedad de Beck al ser diagnosticada transversalmente, la prevalencia fue del 45.45% y comprendió un 63.64% como leve, 27.27% moderada y 9.09% como grave, no encontrándose datos en la literatura nacional para comparar estas cifras.

Los antecedentes de salud mental reportados comprendieron el 45.45% y aquellos a los que se les prescribió un psicofármaco (27.27%), cifras concordantes con las reportadas por López (2004), quien estima que solo el 17 a 35% de los pacientes que se encuentran en hemodiálisis han sido diagnosticados y tratados por trastorno depresivo mayor.

La calidad de vida en nuestra muestra fue de 57.49% es decir, apenas arriba de la media poblacional, concordando con lo expuesto por Esquivel-Molina y de los Ríos-Castillo quienes reportan una calidad de vida en sus muestras del 51.1% y del 50% respectivamente, encontrándose en nuestra muestra una puntuación por debajo de la media en el rubro de percepción de la enfermedad renal, la cual es inferior a la reportada por estos autores.

La calidad de vida se observó en nuestra muestra afectada por la presencia de trastornos psiquiátricos, en particular por el trastorno de ansiedad generalizada, siendo estadísticamente significativa su asociación, sobre todo en el rubro de percepción de salud y calidad de vida, lo cual es concordante con lo reportado por A De Sousa (2008), Seyed Abbas (2009), López (2009) y Ekrem (2005).

No obstante la calidad de vida en nuestro estudio no mostró una asociación estadísticamente significativa, pero si una tendencia a la significancia, discrepando de lo reportado por Hedayati (2009), Finkelstein (2009) y López (2002), debido posiblemente a que nuestra muestra fue pequeña (n=22).

El trastorno depresivo recurrente y el trastorno distímico no mostraron una asociación estadísticamente significativa, sin embargo, cuando se aplicó la prueba exacta de Fisher se presentó una tendencia estadística a la significancia ($P=0.09$) en el rubro de percepción de la salud y percepción en la calidad de vida, así mismo se encontró una asociación positiva con el trastorno de ansiedad generalizada y el número de internamientos hospitalarios secundarios a complicaciones relacionadas con la hemodiálisis, concordante con lo expuesto por Finkelstein (2008), Barth (2004) y López (2004).

La calidad de vida se vio beneficiada por el antecedente de tratamiento psicofarmacológico y el tiempo que fue directamente proporcional al incremento de la calidad de vida.

CONCLUSIONES

1. A pesar del tamaño de muestra estudiada, se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre el trastorno de ansiedad generalizada y la calidad de vida.
2. Debido al tamaño de muestra no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre el trastorno depresivo mayor, el trastorno depresivo mayor recurrente, el trastorno distímico, el trastorno de pánico y el trastorno por agorafobia, pero si una tendencia estadística.
3. La calidad de vida se vio más afectada en pacientes que presentaban una edad menor a la media, presentando un puntaje por debajo de la media grupal.
4. Aquellos pacientes que fueron diagnosticados oportunamente y se les prescribió psicofármacos presentaron un puntaje por arriba de la media en la calidad de vida.
5. Los antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos pudieron haber influido en la comorbilidad psiquiátrica de los pacientes en hemodiálisis.
6. Los antecedentes de abuso y dependencia a sustancias deben ser estudiados con más profundidad para determinar el impacto en esta población vulnerable.
7. El saberse integrado a un protocolo de trasplante renal impactó positivamente en la calidad de vida y en la prevalencia de trastornos psiquiátricos.
8. El trasplante renal mejoró la calidad de vida significativamente.
9. Los pacientes que se encontraban en psicoterapia tuvieron una mejor calidad de vida.
10. Las complicaciones en hemodiálisis y el internamiento hospitalario fue mas común en pacientes con un diagnóstico psiquiátrico.

ANEXOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA

México D. F., a _____ de _____ de 20_____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado “salud mental y su relación con la calidad de vida en pacientes hemodializados con enfermedad renal terminal en derechohabientes de IMSS”, registrado ante el Comité Local de Investigación del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI con el número _____.

El objetivo del estudio es “Evaluar la salud mental y la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal en hemodiálisis derechohabientes del IMSS.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar una serie de preguntas y cuestionarios sobre la salud mental y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal en terapia de sustitución tipo hemodiálisis.

Declaro que he recibido una explicación clara sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio.

El investigador responsable se ha comprometido a darme información sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

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

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

Nombre y firma del paciente

Dra. Guadalupe Aguilar Madrid

Testigos

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO						
						Área de codificación
Folio:						
1. Nombre:						
2. Número de seguridad social:						
Agregado						
3. Domicilio						
Calle: _____ N° Ext/N° Int: _____						
Colonia: _____ C.P. _____						
Ciudad: _____ Delegación/Municipio: _____						
Telefono casa: _____ Celular: _____						
4. Edad (años cumplidos):						
5. Fecha de nacimiento (día/mes/año)						
6. Lugar de origen:						
7. Lugar de residencia:						
8. Estado civil:						
Soltero/a 1	Casado/a 2	Unión libre 3	Viudo/a 4	Divorciado/a 5	Separado/a 6	<input type="checkbox"/>
9. Escolaridad:						
Primaria	Secundaria	Bachillerato	Carrera técnica	Licenciatura	Posgrado	
Completa 1	Completa 3	Completa 5	Completa 7	Completa 9	Completo 11	<input type="checkbox"/>
Incompleta 2	Incompleta 4	Incompleta 6	Incompleta 8	Incompleta 10	Incompleta 12	
10. Religión						
11. Ocupación:						
¿Labora actualmente?						
SI 1			NO 2			<input type="checkbox"/>
Empleado 1	Desempleado 2	Pensionado 3	Jubilado 4	Autoempleado 5	Hogar no remunerado 6	<input type="checkbox"/>
12. En caso de no generar ingresos económicos: ¿quién lo apoya?						
Padres 1	Cónyuge 2	Hijos/as 3	Hermanos/as 4	Otros 5		<input type="checkbox"/>
13. ¿Cuándo usted enfermo y durante el proceso quien se ha hecho cargo de sus hijos, las actividades del hogar?						
14. Vivienda:						
N° de personas que habitan con usted: _____ Zoonosis: SI NO						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>

Especifique: _____ N° de habitaciones: _____																
¿Cuenta con los siguientes servicios básicos?																
Drenaje		Agua potable		Luz eléctrica		Gas										
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO									
1	2	1	2	1	2	1	2	1	2							
15. Antecedentes Heredofamiliares																
15a Padre		Vive: SI NO		Edad:		Enfermedad médica: SI NO										
		1 2				Actual 1 2										
DM si no	HAS si	IRC si no	IAM si	EVC si	HLP si no											
1 2	no 1 2	1 2	no 1 2	no 1 2	1 2											
Otras:						Causa de fallecimiento:										
TDM si no	DST si	TAG si no	TPA si no	DEM si	PSI si no											
1 2	no 1 2	1 2	1 2	no 1 2	1 2											
Otras:			Requirió atención de SM			Requirió internamiento:										
			si no			si no										
			1 2			1 2										
Tabaquismo		si no		Edad de inicio:		N° cigarros/día:										
		1 2				Edad de termino:		Índice tabáquico:								
Alcoholismo		si no		Edad de inicio:		N° de copas (ml)/día										
		1 2				Edad de termino:										
Toxicomanías		si no		Edad de inicio:		Tipo de droga consumida:										
		1 2				Edad de termino:		Patrón de consumo:								
15b Madre																
Vive: SI NO		Edad:		Enfermedad médica: SI NO												
1 2				Actual 1 2												
DM si no	HAS si	IRC si no	IAM si	EVC si	HLP si no											
1 2	no 1 2	1 2	no 1 2	no 1 2	1 2											
Otras:						Causa de fallecimiento:										
TDM si no	DST si	TAG si no	TPA si no	DEM si	PSI si no											
1 2	no 1 2	1 2	1 2	no 1 2	1 2											
Otras:			Requirió atención de SM			Requirió internamiento:										
			si no			si no										
			1 2			1 2										
Tabaquismo		si no		Edad de inicio:		N° cigarros/día:										
		1 2				Edad de termino:		Índice tabáquico:								
Alcoholismo		si no		Edad de inicio:		N° de copas (ml)/día										
		1 2				Edad de termino:										
Toxicomanías		si no		Edad de inicio:		Tipo de droga consumida:										
		1 2				Edad de termino:		Patrón de consumo:								

15c Hermano/a	Vive: NO	SI 1 2	Edad:	Enfermedad médica: Actual	SI 1	NO 2				
DM si no 1 2	HAS si no 1 2	IRC si no 1 2	IAM si no 1 2	EVC si no 1 2	HLP si no 1 2					
Otras:			Causa de fallecimiento:							
TDM si no 1 2	DST si no 1 2	TAG si no 1 2	TPA si no 1 2	DEM si no 1 2	PSI si no 1 2					
Otras:		Requirió atención de SM si no 1 2		Requirió internamiento: si no 1 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Tabaquismo si no 1 2		Edad de inicio:		N° cigarros/día:		<input type="checkbox"/>				
		Edad de termino:		Índice tabáquico:						
Alcoholismo si no 1 2		Edad de inicio:		N° de copas (ml)/día		<input type="checkbox"/>				
		Edad de termino:								
Toxicomanías si no 1 2		Edad de inicio:		Tipo de droga consumida:		<input type="checkbox"/>				
		Edad de termino:		Patrón de consumo:						
15d Hermano/a	Vive: NO	SI 1 2	Edad:	Enfermedad médica: Actual	SI 1	NO 2				
DM si no 1 2	HAS si no 1 2	IRC si no 1 2	IAM si no 1 2	EVC si no 1 2	HLP si no 1 2					
Otras:			Causa de fallecimiento:							
TDM si no 1 2	DST si no 1 2	TAG si no 1 2	TPA si no 1 2	DEM si no 1 2	PSI si no 1 2					
Otras:		Requirió atención de SM si no 1 2		Requirió internamiento: si no 1 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Tabaquismo si no 1 2		Edad de inicio:		N° cigarros/día:		<input type="checkbox"/>				
		Edad de termino:		Índice tabáquico:						
Alcoholismo si no 1 2		Edad de inicio:		N° de copas (ml)/día		<input type="checkbox"/>				
		Edad de termino:								
Toxicomanías si no 1 2		Edad de inicio:		Tipo de droga consumida:		<input type="checkbox"/>				
		Edad de termino:		Patrón de consumo:						
16. Antecedentes Patológicos Personales										
DM si no 1 2	HAS si no 1 2	IRC si no 1 2	IAM si no 1 2	EVC si no 1 2	HLP si no 1 2					
Otras: 1. _____ 5. _____ 2. _____ 6. _____ 3. _____ 7. _____ 4. _____ 8. _____										

TDM si no 1 2	DST si no 1 2	TAG si no 1 2	TPA si no 1 2	TEPT si no 1 2	PSI si no 1 2				
Otras: 1.		Requirió atención de SM si no 1 2		Requirió internamiento: si no 1 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tratamiento psicofarmacológico: si no 1 2		Tratamiento psicológico: si no 1 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Tipo actual: 1. Antidepresivo 2. Ansiolítico/hipnótico 3. Neuroléptico 4. Otro		Tiempo de tratamiento psicológico:		<input type="checkbox"/>					
Especifique: Nombre / dosis / tiempo de consumo 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____		Inicio de tratamiento psicofarmacológico:		<input type="checkbox"/>					
		Tipos de tratamiento psicofarmacológico previos: si no 1 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		Motivo de cambio:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Tabaquismo	si no 1 2	Edad de inicio:	N° cigarros/día:	<input type="checkbox"/>					
		Edad de termino:	Índice tabáquico:	<input type="checkbox"/>					
Alcoholismo	si no 1 2	Edad de inicio:	N° de copas (ml)/día	<input type="checkbox"/>					
		Edad de termino:		<input type="checkbox"/>					
Toxicomanías	si no 1 2	Edad de inicio:	Tipo de droga consumida:	<input type="checkbox"/>					
		Edad de termino:	Patrón de consumo:	<input type="checkbox"/>					
17. Etiología IRC	DM 1	HAS 2	GLO 3	OTRAS 5	Especifique	<input type="checkbox"/>			
18. Terapia de sustitución previa	Diálisis peritoneal intermitente 1	Diálisis peritoneal ambulatoria 2	Diálisis peritoneal continua 3	Hemodiálisis 5		<input type="checkbox"/>			
	Diálisis peritoneal Intermitente nocturna 4								
19. Inicio de terapia (edad) de sustitución:		20. Tiempo de terapia de sustitución previa:							
21. Motivo de reemplazo de terapia de sustitución inicial:									
22. Complicaciones de terapia de sustitución inicial:		si no 1 2		<input type="checkbox"/>					
Peritonitis	Descontrol metabólico	Infección de catéter	Sobrecarga hídrica	<input type="checkbox"/>					
si no 1 2	si no 1 2	Si no 1 2	Si no 1 2	<input type="checkbox"/>					
24. Inicio de hemodiálisis (edad):		25. N° de recambios de catéter:							
26. Promedio de días a la semana que acude a sesión de hemodiálisis:				<input type="checkbox"/>					
Días/semana:		1	2	3	4	5	6	7	

27. Promedio de horas por día que permanece en hemodiálisis							<input type="checkbox"/>		
Horas/día: 1hr 2hr 3hr 4hr 5hr 6hr 7hr 8hr más de 8hrs							<input type="checkbox"/>		
28. Complicaciones derivadas de la hemodiálisis (6 últimos meses)							<input type="checkbox"/>		
Infección de acceso		Descontrol metabólico		Descontrol HAS			<input type="checkbox"/>		
si no		si no		si no					
1 2		1 2		1 2					
Retención de líquidos		Insuficiencia cardiaca		3. Otras: especifique				<input type="checkbox"/>	
si no		si no		1. _____					
1 2		1 2		2. _____					
				3. _____					
29. Hospitalizaciones relacionadas con la hemodiálisis o complicaciones en los últimos 6 meses							<input type="checkbox"/>		
si no									
1 2									
Motivo:				Días de estancia:					
30. ¿Se encuentra en protocolo de trasplante renal?							<input type="checkbox"/>		
si no									
1 2									
1. Donador cadavérico							<input type="checkbox"/>		
2. Donador vivo: Especifique _____							<input type="checkbox"/>		
31. ¿Es su primer trasplante renal?							<input type="checkbox"/>		
Si no									
1 2									
32. Satisfacción con los servicios médicos prestados:							<input type="checkbox"/>		
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10									
Malo			regular		excelente				
33. Laboratorios:									
ES	Na:	K:	Cl:	P:	Ca:	Otros:			
QS	Urea:	Creatinina:	Ac úrico:	Albumina:	Proteínas T	Glucosa	HbGlu		
BH	Htc:	Hb:	VCM:	HCM:	Plaquetas:	Leu:	Neu:		
Perfil de lipidos	Colesterol:		TCL:		HDL:		LDL:		
							VLDL:		
Perfil tiroideo	TSH:		TL:		T4:		T3:		
							ParaH:		

MINI

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

**Versión en Español 5.0.0
DSM-IV**

EE.UU.: D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida, Tampa

FRANCIA: Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L. I. Bonora, J. P. Lépine
Hôpital de la Salpêtrière, Paris

Versión en español:

L. Ferrando, J. Bobes, J. Gibert
Instituto IAP – Madrid – España

M. Soto, O. Soto
University of South Florida, Tampa
Asesores de traducción: L. Franco-Alfonso, L. Franco

@ Copyright 1992, 1994, 1998, 1999 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos los derechos están reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida o transmitida en forma alguna, ni por cualquier medio electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias y sistemas informáticos, sin previa autorización escrita de los autores. Investigadores y clínicos que trabajen en instituciones públicas o lugares no lucrativos (incluyendo universidades, hospitales no lucrativos e instituciones gubernamentales) pueden hacer copias del MINI para su uso personal.

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

Nombre de paciente:		Número de protocolo:		
Fecha de nacimiento:		Hora de inicio de entrevista:		
Nombre de entrevistador:		Hora de termino de la entrevista:		
Fecha de la entrevista:		Duración total:		
MÓDULO	PERIODO EXPLORADO	+	DSM-IV	CIE-10
A.EPISODIO DEPRESIVO MAYOR	Actual (2 semanas)		299.20-296.26 episodio único	F32.x
EDM RECURRENTE	Recidivante		296.30-296.36 recidivante	F33.x
EDM CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS	Actual (2 semanas)		296.20-296.26 episodio único	F32.x
B. TRASTORNO DISTÍMICO	Actual (2 años)		296.30-296.36 recidivante	F33.x
C.RIESGO SUICIDA	RIESGO: Leve Moderado Alto		300.4	F34.1
D. EPISODIO MANÍACO	Actual Pasado		296.00-296.06	F30.x-F31.9
D.EPISODIO HIPOMANÍACO	Actual pasado		296.80-296.89 300.01/300.21	F31.8- F31.9/F34.0 F40.01-F41.0
E.TRASTORNO DE ANGUSTIA	Actual (último mes) De por vida		300.22	F 40.00
F. AGORAFOBIA	Actual			
G.FOBIA SOCIAL	Actual (último mes)		300.23	F40.1
H.TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	Actual (último mes)		300.3	F42.8
I.TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	Actual (último mes)		309.81	F43.1
J.DEPENDENCIA DE ALCOHOL/ABUSO	Últimos 12 meses Últimos 12 meses		303.9 305.00	F10.2X F10.1
K.DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses		304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
L.TRASTORNOS PSICÓTICOS	De por vida Actual		295.10-295.90/297.1 297.3/293.81/293.82 293.89/298.8/298.9	F20.XX-F29
TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	Actual		296.24	F32.3/f33.3
M.ANOREXIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 mes)		307.1	F50.0
N.BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 mes)		307.51	F50.2
ANOEXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVA/PURGATIVA	Actual		307.1	F50.0
O.TRASTRONO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 mes)		300.02	F41.2
P.TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD	De por vida		301.7	F60.2

INSTRUCCIONES GENERALES

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Se han realizado estudios de validez y de confiabilidad comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, pero puede ser administrada en un período de tiempo mucho más breve (promedio de $18,7 \pm 11,6$ minutos, media 15 minutos) que los instrumentos mencionados. Puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento. Entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso.

ENTREVISTA:

Con el fin de hacer la entrevista lo más breve posible, informe al paciente que va a realizar una entrevista clínica que es más estructurada de lo usual, en la cual se le van a hacer unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos que requieren unas respuestas de sí o no.

PRESENTACIÓN:

La MINI está dividida en módulos identificados por letras; cada uno corresponde a una categoría diagnóstica.

- Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos) se presentan en un **recuadro gris** una o varias preguntas «**filtro**» correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno.
- Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

CONVENIOS:

Las oraciones escritas en «letra normal» deben leerse «palabra por palabra» al paciente con el objetivo de regularizar la evaluación de los criterios diagnósticos. *Las oraciones escritas en «MAYÚSCULAS»* no deben de leerse al paciente. Éstas son las instrucciones para asistir al entrevistador a calificar los algoritmos diagnósticos.

Las oraciones escritas en «negrita» indican el período de tiempo que se explora. El entrevistador debe leerlas tantas veces como sea necesario. Sólo aquellos síntomas que ocurrieron durante el período de tiempo explorado deben ser considerados al codificar las respuestas.

Respuestas con una flecha encima (➔) indican que no se cumple uno de los criterios necesarios para el diagnóstico. En este caso el entrevistador debe pasar directamente al final del módulo, rodear con un círculo «**NO**» en todas las casillas diagnósticas y continuar con el siguiente módulo. Cuando los términos están separados por una barra (/) el entrevistador debe leer sólo aquellos síntomas que presenta el paciente (p. ej., la pregunta H6).

Frases entre paréntesis () son ejemplos clínicos de los síntomas evaluados. Pueden leerse para aclarar la pregunta.

INSTRUCCIONES DE ANOTACIÓN:

Todas las preguntas deben ser codificadas. La anotación se hace a la derecha de la pregunta enmarcando SÍ o NO. El clínico debe asegurarse de que cada dimensión de la pregunta ha sido tomada en cuenta por el paciente (p. ej., período de tiempo, frecuencia, severidad, alternativas y/o). Los síntomas que son mejor explicados por una causa médica o por el uso de alcohol o drogas no deben codificarse SÍ en la MINI.

La MINI Plus tiene preguntas que exploran estos problemas. Para preguntas, sugerencias, sesiones de entrenamiento o información acerca de los últimos cambios en la MINI se puede comunicar con:

David V Sheehan, M.D., M.B.A. Yves Lecrubier, M.D./Thierry Hergueta, M.S. Laura Ferrando, M.D. Marelli Soto, M.D.
University of South Florida INSERM U302 IAP University of South Florida. Institute for Research in Psychiatry Hôpital de la Salpêtrière Velázquez, 156, 3515 East Fletcher Avenue 3515 East Fletcher Avenue 47, boulevard de l'Hôpital 28002Madrid, España Tampa, FL USA 33613-4788 Tampa, FL USA 33613 4788 F. 75651 París, Francia Tel.: + 91 564 47 18 Tel.: + 1 813 974 4544 Tel.: + 1 813 974 4544 Tel.: + 33 (0) 1 42 16 16 59 Fax: + 91 411 54 32 Fax: + 1 813 974 4575 Fax: + 1 813 974 4575 Fax: + 33 (0) 1 45 85 28 00 e-mail: iap@lander.es e-mail: mon0619@aol.com e-mail: dsheehan@hsc.usf.edu e-mail: hergueta@ext.iussieu.fr

A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR			
(→Significa: Ir a la casilla y rodear con un círculo NO y continuar con el siguiente módulo)			
A1. ¿En las dos últimas semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	NO	SÍ	1
A2. ¿En las dos últimas semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	NO	SÍ	2
¿Codifico SÍ en A1 y A2 o en A2?	NO →	SÍ	
A3. En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas			
A3a. ¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo? (Variaciones en el último mes de ±5% de su peso corporal o ± 3.5kg para una persona de 70kg)	NO	SÍ	3
A3b. ¿Tiene dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despierta a media noche, se despierta temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SI	4
A3c. ¿Casi todos los días hablaba o se movía más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	NO	SI	5
A3d. ¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SI	6
A3e. ¿Casi todos los días, sentía culpable o inútil?	NO	SI	7
A3f. ¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SI	8
A3g. ¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida o deseó estar muerto?	NO	SI	9
CODIFICÓ MÁS SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)	NO	SÍ EPISODIO DEPRESIVO ACTUAL	
SI UN PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL, CONTINÚE CON A4, DE LO CONTRARIO CONTINÚE CON EL MODULO B:			
A4a. ¿En el transcurso de su vida, tuvo otros periodos de dos o más semanas en los que se sintió deprimido o sin interés por la mayoría de las cosas y tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?	NO →	SÍ	10
A4b. ¿Ha tenido alguna vez un período de por lo menos dos meses sin depresión o sin falta de interés por la mayoría de las cosas y ocurrió este período entre dos episodios depresivos?	NO	SÍ Episodio Depresivo Mayor Actual (11)	
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS (opcional)			
(→ Significa: Ir a las casillas diagnosticas, rodear con un círculo NO y continuar con el siguiente módulo)			
SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL (A3=SÍ) EXPLORAR LO SIGUIENTE:			
A5a. ¿CODIFICÓ SÍ EN A2?	NO	SÍ	
A5b. ¿Durante el período más graves del episodio depresivo actual, perdió la capacidad de reaccionar ante las cosas que previamente le daban placer o le animaban? SI NO: ¿Cuándo algo bueno le sucede, no logra hacerle sentir mejor aunque sea temporalmente?	NO	SÍ	12
¿CODIFICÓ SÍ EN A5a O A5b?	NO →	SÍ	
A6 Durante las últimas 2 semanas, cuando se sintió deprimido o sin interés por la mayoría de las cosas			
A6a. ¿Se sentía deprimido de una manera diferente al tipo de sentimiento que ha experimentado cuando alguien cercano a usted se ha muerto?	NO	SÍ	13
A6b. ¿Casi todos los días, por lo regular se sentía peor por las mañanas?	NO	SÍ	14
A6c. ¿Casi todos los días se despertaba por lo menos dos horas antes de su hora habitual y tenía dificultades para volverse a dormir?	NO	SÍ	15
A6d. ¿CODIFICÓ SÍ EN A3c (ENLENTECIMIENTO O AGITACIÓN PSICOMOTRIZ)?	NO	SÍ	
A6e. ¿CODIFICÓ SÍ EN A3a (ANOREXIA O PÉRDIDA DE PESO)?	NO	SÍ	
A6f. ¿Se sentía excesivamente culpable o era su sentimiento de culpabilidad desproporcionado con la realidad de la situación?	NO	SÍ	16

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE A6?	NO	SÍ EPISODIO DEPRESIVOS MAYOR CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS ACTUAL
---	----	---

B. TRASTORNO DISTIMICO			
SÍ LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE ACTUALMENTE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR, NO EXPLORE ESTE MODULO			
B1. ¿En los dos últimos años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo?	NO →	SÍ	17
B2. ¿Durante este tiempo, ha habido algún periodo de 2 meses o más en el que se sintiera bien?	NO	SÍ →	18
B3. Durante este período en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo:			
B3a. ¿Cambió su apetito notablemente?	NO	SÍ	19
B3b. ¿Tuvo dificultad para dormir o durmió en exceso?	NO	SÍ	20
B3c. ¿Se sintió cansado o sin energía?	NO	SÍ	21
B3d. ¿Perdió la confianza en sí mismo?	NO	SÍ	22
B3e. ¿Tuvo dificultades para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SÍ	23
B3f. ¿Tuvo sentimientos de desesperanza?	NO	SÍ	24
CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE B3	NO →	SÍ	
B4 ¿En los síntomas de depresión, le causaron gran angustia o han interferido con su funcionamiento en el trabajo, socialmente o de otra manera importante?	NO →	SÍ	25
CODIFICÓ SÍ EN B4	NO	SÍ Trastorno Distímico Actual	

C. RIESGO SUICIDA			
DURANTE ESTE ÚLTIMO MES:			
C1. ¿Ha pensado que estaría mejor muerto o ha deseado estar muerto?	NO	SÍ	1
C2. ¿Ha querido hacerse daño?	NO	SÍ	2
C3. ¿Ha pensado en el suicidio?	NO	SÍ	6
C4. ¿Ha planeado cómo suicidarse?	NO	SÍ	10
C5. ¿Ha intentado suicidarse?	NO	SÍ	10
A LO LARGO DE SU VIDA:			
C6. ¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO	SÍ	4
¿CODIFICÓ POR LO ENOS SÍ EN 1 RESPUESTA?	NO	SÍ Riego Suicida	
SI SÍ, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6) ESPECÍFIQUE EL NIVEL DE RIESGO DE SUICIDIO	1-5 LEVE 6-9 MODERADO ≥ 10 ALTO		

D. EPISODIO (HIPO)MANÍACO			
D1a. ¿Alguna vez ha habido un período en el que se ha sentido exaltado, eufórico, o tan lleno de energía o seguro de sí mismo, y esto le ha ocasionado problemas u otras personas han pensado que usted no estaba en su estado habitual? (No considere períodos en los que estaba intoxicado con drogas o alcohol)	NO	SÍ	1
ESPECÍFIQUE: “Exaltado” o “Eufórico”; estado de satisfacción alto, lleno de energía, en el que necesita dormir menos, los pensamientos se aceleran, se tienen		SÍ	

muchas ideas y aumenta la productividad, la creatividad, la motivación o el comportamiento impulsivo.		→	
SI SÍ: D1.b ¿En este momento se siente “exaltado” eufórico” o lleno de energía?	NO	SÍ	2
D2a: ¿Ha estado usted alguna vez persistentemente irritado durante varios días, de tal manera que tenía discusiones, peleaba o le gritaba a personas fuera de su familia? ¿Ha notado usted, o los demás, que ha estado más irritable o que reacciona de manera exagerada, comparado a otras personas, en situaciones en las que incluso usted creía justificadas?	NO	SÍ	3
Si SÍ: D2b ¿En este momento se siente excesivamente irritable?	NO	SÍ	4
¿CODIFICÓ SÍ EN D1a o EN D2a?	NO →	SÍ	
D3 SI D1b o D2B = SÍ: EXPLORAR SÓLO EPISODIO ACTUAL SÍ D1b y D2b = SÍ: EXPLORAR EL EPISODIO PASADO MÁS SINTOMÁTICO			
DURANTE EL TIEMPO EN EL QUE SE SENTÍA EXALTADO, LLENO DE ENERGÍA O IRRITABLE NOTÓ QUE:			
D3a ¿Sentía que podía hacer cosas que otros no podía hacer, o que usted era una persona especialmente importante?	NO	SÍ	5
D3b ¿Necesitaba dormir menos (p.ej. se sentía descansado con pocas horas de sueño)?	NO	SÍ	6
D3c ¿Habla usted sin parar o tan deprisa que los demás tienen dificultad para entenderle?	NO	SÍ	7
D3d ¿Sus pensamientos pasan tan deprisa por su cabeza que tiene dificultades para seguirlos?	NO	SÍ	8
D3e ¿Se distraía tan fácilmente que la menor interrupción le hacía perder el hilo de lo que estaba haciendo o pensando?	NO	SÍ	9
D3f ¿Estaba tan activo, tan inquieto físicamente que los demás se preocupaban por usted?	NO	SÍ	10
D3g. ¿Quería involucrarse en actividades tan placenteras que ignoró los riesgos o las consecuencias (p. ej. Se embarcó en gastos descontrolados, condujo imprudentemente o mantuvo actividades sexuales indiscretas)?	NO	SÍ	11
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE D3 (O 4 O MÁS RESPUESTAS SI EN D1a ES NO (EPISODIO PASADO) O SI D1b ES NO (EPISODIO ACTUAL))?	NO →	SÍ	
D4 ¿Duraron sus síntomas al menos 1 semana y le causaron problemas que estaban fuera de su control, en casa, en el trabajo, en la escuela o fue usted hospitalizado a causa de estos problemas?	NO	SÍ	12
¿CODIFICÓ NO EN D4? ESPECÍFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO	NO	SÍ EPISODIO HIPOMANÍA	ACTUAL PASADO
¿CODIFICÓ SÍ EN D4? ESPECÍFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO	NO	SÍ EPISODIO MANIA	ACTUAL PASADO

E. TRASTORNO DE ANGUSTIA			
(→ Significa: Rodear con un círculo NO es E5 y Pasar directamente a F1)			
E1a. ¿En más de una ocasión tuvo una crisis o ataques en los cuales se sintió súbitamente ansioso, asustado, incómodo o inquieto, incluso en situaciones en las que la mayoría de las personas no se sentirían así?	NO →	SÍ	1
E1b. ¿En estas crisis o ataques alcanza su máxima expresión en los primeros 10 minutos?	NO →	SÍ	2
E2. ¿Alguna vez estas crisis o ataques ocurrieron de una manera inesperada o espontánea u ocurrieron de forma impredecible o sin provocación?	NO	SÍ	3
E3. ¿Ha tenido una de estas crisis seguida por un período de un mes o más en la que temía que otro episodio recurriera o se preocupaba por las consecuencias de las crisis?	NO	SÍ	4

E4. Durante la peor crisis qué usted puede recordar:			
E4a. ¿Sentía que su corazón le daba un vuelco, latía más fuerte o más rápido?	NO	SÍ	5
E4b. ¿Sudaba o tenía las manos húmedas?	NO	SÍ	6
E4c. ¿Tenía temblores o sacudidas musculares?	NO	SÍ	7
E4d. ¿Sentía falta de aliento o dificultad para respirar?	NO	SÍ	8
E4e. ¿Tenía la sensación de ahogo o un nudo en la garganta?	NO	SÍ	9
E4f. ¿Notaba dolor o molestia en el pecho?	NO	SÍ	10
E4g. ¿Tenía náuseas, molestias en el estomago o diarreas repentinas?	NO	SÍ	11
E4h. ¿Se sentía mareado, inestable, aturdido o a punto de desvanecerse?	NO	SÍ	12
E4i. ¿Le parecía que las cosas a su alrededor eran irreales, extrañas, indiferentes o no le parecían familiares, o se sintió fuera o separado de su cuerpo o de partes de su cuerpo?	NO	SÍ	13
E4j. ¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco?	NO	SÍ	14
E4k. ¿Tenía miedo de que estuviera muriendo?	NO	SÍ	15
E4l. ¿Tenía alguna parte del cuerpo adormecida o con hormigueo?	NO	SÍ	16
E4m. ¿Tenía sofocos o escalofríos?	NO	SÍ	17
E5 ¿CODIFICÓ SÍ EN E3 Y POR LO MENOS EN MENOS DE 4 DE E4?	NO	SÍ TRASTORNO DE ANGUSTIA DE POR VIDA	
E6 SI E5 = NO, ¿CODIFICO SÍ EN ALGUNA RESPUESTA DE E4? SI E6 = SÍ, PASAR A F1	NO	SÍ CRISIS ACTUAL CON SÍNTOMAS LIMITADOS	
E7 ¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más), seguidas de miedo persistente a tener otra?	NO	SÍ TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL (18)	

F. AGORAFOBIA			
F1. ¿Se ha sentido particularmente incómodo o ansioso en lugares o situaciones donde podría tener una crisis o un ataque, o síntomas de una crisis como los que acabamos de discutir, o situaciones donde no dispondría de ayuda o escapar pudiera resultar un tanto difícil, como estar en una multitud, permanecer en fila, estar solo fuera de casa, permanecer solo en casa, viajar en autobús, tren o automóvil?	NO	SÍ	19
SI F1= NO, RODEE CON UN CIRCULO NO EN F2			
F2. ¿Teme tanto estas situaciones que las evita, sufre en ellas o necesita estar acompañado para enfrentarlas?	NO	SÍ AGORAFOBIA ACTUAL (20)	
¿CODIFICÓ NO EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL) Y CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?	NO	TRASTORNO DE ANGUSTIA CON AGORAFOBIA ACTUAL	
¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL) Y CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?	NO	TRASTORNO DE ANGUSTIA CON AGORAFOBIA ACTUAL	
¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL) Y CODIFICÓ NO EN E5 (TRASTORNO DE ANGUSTIA DE POR VIDA)?	NO	AGORAFOBIA ACTUAL SIN HISTORIA DE TRASTORNO DE ANGUSTIA	

G. FOBIA SOCIAL (Trastorno de ansiedad social)			
(→ significa: ir a las casillas diagnosticas, rodear con un circulo no en cada una y continuar con el siguiente modulo)			
G1. ¿En el pasado mes, tuvo miedo o sintió vergüenza de que lo estuvieran observando, de ser el centro de atención o temió la humillación? Incluye cosas como hablar en público, comer en público o con otros, escribir mientras alguien le mira o estar en situaciones sociales?	NO →	SÍ	1

G2. ¿Piensa usted que este miedo es excesivo o irracional?	NO →	SÍ	2
G3. ¿Teme tanto estas situaciones sociales que las evita o sufre en ellas?	NO →	SÍ	3
G4. ¿Este miedo interfiere con su trabajo normal o en el desempeño de sus actividades sociales o es la causa de la intensa molestia?	NO	SÍ FOBIA SOCIAL ACTUAL (4)	

H. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO			
H1. ¿En este último mes, ha estado usted molesto con pensamientos recurrentes, impulsivos o imágenes no deseadas, desagradables, inapropiadas, intrusivas o angustiosas (p.ej. la idea de estar sucio, contaminado, o tener gérmenes, o miedo a estar contaminar a otros, o temor ha hacerle daño a alguien sin querer, o temor a actuar en función de algún impulso, o tiene temores o supersticiones de ser responsable de que las cosas vayan mal, o se obsesiona con pensamientos, imágenes o impulsos sexuales, o acumula o colecciona sin control, o tiene obsesiones religiosas)? NO INCLUIR PREOCUPACIONES OBSESIVAS POR PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA. NO INCLUIR OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTICIA, CONDUCTAS SEXUALES, PROBLEMAS PATOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL JUEGO, EL ACOHOL O ABUSO DE DROGAS, PORQUE EL PACIENTE PODRÍA DERIVAR DE LA ACTIVIDAD Y PRODRÍA QUERER EVITARLAS SIMPLEMENTE POR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS	NO → H4	SÍ	1
H2. ¿Estos pensamientos volvían a su mente aun cuando trataba de ignorarlos o de librarse de ellos?	NO → H4	SÍ	2
H3. ¿Cree usted que estos pensamientos son producto de su propia mente y que no se son impuestos desde el exterior?	NO	SÍ OBSESIONES (3)	
H4. ¿En el pasado mes, ha hecho usted algo repetidamente, sin ser capaz de evitarlo, como lavar o limpiar en exceso, contar y verificar las cosas una y otra vez o repetir, coleccionar u ordenar las cosas o realizar otros rituales supersticiosos?	NO	SÍ COMPUSIONES (4)	
¿CODIFICÓ SÍ EN H3 O EN H4?	NO →	SÍ	
H5. ¿Reconoce usted que estas ideas obsesivas o actos compulsivos son irracionales, absurdos o excesivos?	NO →	SÍ	5
H6. ¿Estas obsesiones o actos compulsivos interfieren de manera significativa con sus actividades cotidianas, con su trabajo, con sus relaciones sociales, o le ocupan más de una hora diaria?	NO	SÍ TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (6)	

I. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO			
(→ Significa: ir a las casillas diagnosticas, rodear con un circulo NO y continuar con el siguiente modulo)			
I.1 ¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático en el cual otras personas han muerto y/u otras personas o usted mismo han estado amenazados de muerte o en su integridad física? EJEMPLOS DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS: ACCIDENTES GRAVES, ATRACO, VIOLACIÓN, ATENTADO TERRORISTA, SER TOMADO COMO REHÉN, SECUESTRO, INCENDIO, DESCUBRIR UN CÁDAVER, MUERTE SÚBITA DE ALGUIEN CERCANO A USTED, GUERRA O CATASTROFE NATURAL	NO →	SÍ	1
I2. ¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiosa (p.ej. lo ha soñado, ha tenido imágenes vividas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)?	NO →	SÍ	2
I3. En el último mes:			
I3a. ¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todo aquello que se lo pudiese recordar?	NO	SÍ	3
I3b. ¿Ha tenido dificultades para recordar alguna parte del evento?	NO	SÍ	4
I3c. ¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales?	NO	SÍ	5

I3d. ¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros?	NO	SÍ	6
I3e. ¿Ha notado que sus sentimientos están adormecidos?	NO	SÍ	7
I3f. ¿Ha tenido la impresión de que su vida se va acortando debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas?	NO	SÍ	8
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DEL I3a?	NO →	SÍ	
I4 Durante el último mes:			
I4a. ¿Ha tenido dificultades para dormir?	NO	SÍ	9
I4b. ¿Ha estado particularmente irritable o le daban ataques de coraje?	NO	SÍ	10
I4c. ¿Ha tenido dificultad para concentrarse?	NO	SÍ	11
I4d. ¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta?	NO	SÍ	12
I4e. ¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa?	NO	SÍ	13
¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE I3?	NO →	SÍ	
I5. ¿En el transcurso de este mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales o han sido causa de gran ansiedad?	NO	SÍ	TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO ACTUAL (14)

J. ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL			
(→ Significa: Ir a las casillas diagnosticas, rodear con un circulo NO en cada una y continuar con el siguiente módulo)			
J1. ¿En los últimos 12 meses, ha tomado 3 o más bebidas alcohólicas en un período de 3 horas en tres o más ocasiones?	NO →	SÍ	1
J2. En los últimos 12 meses:			
J2a. ¿Necesita beber más para conseguir los mismos efectos que cuando comenzó a beber?	NO	SÍ	2
J2b. ¿Cuándo reducía la cantidad de alcohol, le temblaban las manos, sudaba o se sentía agitado? ¿Bebía para evitar estos síntomas o para evitar la resaca (p.ej. Temblores, sudoración, agitación)?	NO	SÍ	3
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA			
J2c. ¿Durante el tiempo en el que bebía alcohol, acababa bebiendo más de lo que en un principio había planeado?	NO	SÍ	4
J2d. ¿Ha tratado de reducir o dejar de beber alcohol pero ha fracasado?	NO	SÍ	5
J2e. ¿Los días en los que bebía, empleaba mucho tiempo en procurarse alcohol, en beber y en recuperarse de los efectos?	NO	SÍ	6
J2f. ¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de sus pasatiempos o estando con otros, debido al consumo de alcohol?	NO	SÍ	7
J2g. ¿Continuó bebiendo a pesar de saber que esto le causaba problemas físicos o mentales?	NO	SÍ	8
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE J2?	NO	SÍ	DEPENDENCIA A ALCOHOL
J3 En los últimos 12 meses.			
J3a. ¿Ha estado usted varias veces intoxicado, embriagado o con resaca en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, el trabajo o la casa?	NO	SÍ	9
J3b. ¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que corría algún peligro físico, por ejemplo, conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, utilizar una maquina?	NO	SÍ	10
J3c. ¿Ha tenido problemas legales debido a su uso de alcohol, por ejemplo, un arresto, perturbación del orden público?	NO	SÍ	11
J3d. ¿Ha continuado usted bebiendo a pesar de que esto le ocasionaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SÍ	12
¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS EN J3?	NO	SÍ	ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL

K. TRASTORNOS ASOCIADOS AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS NO ALCOHÓLICAS			
(Significa: Ir a las casillas diagnosticas, rodear con un circulo NO en cada una y continuar con el siguiente módulo)			
Ahora le voy a enseñar/leer una lista de sustancias ilícitas o medicinales.			
K1a. ¿En los últimos 12 meses, tomó alguna de estas sustancias, en más de una ocasión, para sentirse mejor o para cambiar su estado de ánimo? ESTIMULANTES: Anfetaminas, speed, cristal, dexedrina, ritalina, píldoras adelgazantes COCAÍNA: Inhalada, intravenosa, crack, speedball NARCÓTICOS: Heroína, morfina, opio, demerol, metadona, codeína, percodan, darvon ALUCINOGENOS: LSD, mescalina, peyote, PCP, hogos, éxtasis, MDA, MDMA INHALANTES: Pegamento, éter, óxido nitroso, poppers MARIHUANA: Hachís, THC, pasto, hierba, mota TRANQUILIZANTES: Benzodicepinas, barbitúricos. OTRAS SUSTANCIAS: ESPECIFIQUE.	NO →	SÍ	
K1b. Si existe el uso concurrente o sucesivo de varias sustancias o drogas, especifique qué droga/clase de droga a a ser explorada en la entrevista a continuación			
Sólo una droga/clase de droga ha sido utilizada	NO	SÍ	
Sólo la clase de droga más utilizada es explorada	NO	SÍ	
Cada droga es examinada individualmente	NO	SÍ	
K2 Considerando su uso (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE SELECCONADO) en los últimos 12 meses			
K2a ¿Ha notado usted que necesitaba una mayor cantidad de (nombre/clase droga) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a usarla?	NO	SÍ	1
K2b. ¿Cuándo redujo la cantidad o dejó de utilizarla (nombre/clase de droga) tuvo síntomas de abstinencia (dolor, temblor, fiebre, debilidad, diarrea, náuseas, sudoración, palpitaciones dificultad para dormir, o se sentía ansioso, agitado, irritable o deprimido)? Utilizó alguna/s droga/s para evitar enfermar (síntomas de abstinencia) o para sentirse mejor	NO	SÍ	2
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTO SÍ EN ALGUNA			
K2c. ¿Ha notado que cuando usted usaba (nombre/clase de la droga seleccionada) terminaba utilizando más de lo que en un principio había planeado?	NO	SÍ	3
K2d. ¿Ha tratado de reducir o dejar de tomar (nombre/clase de droga seleccionada) pero ha fracasado?	NO	SÍ	4
K2e. ¿Los días que utilizaba (nombre/clase de droga seleccionada) empleaba mucho tiempo (más de 2 horas) en obtener, consumir, recuperarse de los efectos o pensando en drogas?	NO	SÍ	5
K2f. ¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de los pasatiempo, estado con la familia o amigos debido a su uso de drogas?	NO	SÍ	6
K2g. ¿Ha continuado usando (nombre/clase de droga seleccionada) a pesar de saber que esto le causaba problemas mentales o de salud?	NO	SÍ	7
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE K2? ESPECIFICAR LA/S DROGA/S:	NO	SÍ → DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ACTUAL	

K3. Considerando su uso de (nombre/clase de droga seleccionada) en los últimos 12 meses:			
K3a. ¿Ha estado intoxicado o con resaca a causa de (nombre/clase de droga) en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, en el trabajo o en el hogar? ¿Esto le causo problemas? CODIFIQUE SÍ, SÓLO SI LE OCASIONO PROBLEMAS	NO	SÍ	8
K3b. ¿Ha estado intoxicado con (nombre/clase de la droga seleccionada) en alguna situación en la que corriese un riesgo físico (p. ej. Conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, utilizar una maquina)?	NO	SÍ	9
K3c. ¿Ha tenido algún problema legal debido a su sudo, por ejemplo, un arresto o perturbación del orden público?	NO	SÍ	10

K3d. ¿Ha continuando usando (nombre/clase de droga seleccionada) a pesar de saber que esto le causaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SÍ	11
¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS DE LAS RESPUESTAS DE K3? ESPECIFICAR LA/S DROGA/S	NO	SÍ ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL	

L. TRASTORNOS PSICÓTICOS				
(→ Significa: Ir a las casillas diagnósticas, rodear con un círculo NO en cada una y continuar con el siguiente módulo)				
PIDA UN EJEMPLO PARA CADA PREGUNTA CONTESTADA AFIRMATIVAMENTE, CODIFIQUE SÍ SÓLO PARA AQUELLOS EJEMPLOS QUE MUESTREN CLARAMENTE UNA DISTORSIÓN DEL PENSAMIENTO O DE LA PERCEPCIÓN O SI NO SON CULTURALMENTE APROPIADOS, ANTES DE CODIFICAR, INVESTIGUE SI LAS IDEAS DELIRANTES CALIFICAN COMO EXTRAÑAS O RARAS.				
LAS IDEAS DELIRANTES SON “EXTRAÑAS” O RARAS SI: SON CLARAMENTE ABSURDAS, IMPROBABLES, INCOMPENSIBLES, Y NO PUEDEN DERIVARSE DE EXPERIENCIAS DE LA VIDA COTIDIANA.				
LAS ALUCINACIONES SON “EXTRAÑAS” O RARAS SI: UNA VOZ HACE COMENTARIOS SOBRE LOS PENSAMIENTOS O LOS ACTOS DE LA PERSONA, DOS O MÁS VOCES CONVERSANDO ENTRE SÍ.				
Ahora le voy a preguntar acerca de experiencias poco usuales que algunas personas pueden tener:				
L1.a ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien le espiaba o conspiraba contra usted, o que trataban de hacerle daño?	NO	SÍ	EXTRAÑOS SÍ	1
NOTA: pida ejemplos para descartar un verdadero acecho				
L1b. SI SÍ ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	EXTRAÑO SÍ →L6	2
L2a. ¿Ha tenido usted la impresión de que alguien podía leer o escuchar sus pensamientos, o que usted podía leer o escuchar los pensamientos de otros?	NO	SÍ	EXTRAÑO SÍ	3
L2b. SI SÍ: ¿Actualmente cree usted en esto?	NO	SÍ	EXTRAÑO SÍ → L6	4
L3a. ¿Alguna vez ha creído que alguien o que una fuerza externa había metido pensamientos ajenos en su mente o le hicieron actuar de manera no usual en usted? ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que está poseído?	NO	SÍ	EXTRAÑO SÍ	5
L3b. Si SÍ: ¿Actualmente cree usted en esto?	NO	SÍ	EXTRAÑO SÍ → L6	6
L4a. ¿Alguna vez ha creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, la televisión, o el periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente por usted?	NO	SÍ	EXTRAÑO SÍ	7
L4b. SI SÍ: ¿Actualmente cree usted en esto?	NO	SÍ	EXTRAÑO SÍ → L6	8
L5a. ¿Considera sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales?	NO	SÍ	EXTRAÑO SÍ	9
L5b. SI SÍ: ¿Actualmente cree usted en esto?	NO	SÍ	EXTRAÑO SÍ → L6	10
L6a ¿Alguna vez ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces?	NO	SÍ	EXTRAÑO SÍ	11
LAS ALUCINACIONES SON IDENTIFICADAS COMO “EXTRAÑAS” SOLAMENTE SI EL PACIENTE CONTESTA SÍ A LO SIGUIENTE:				
SI SÍ: ¿Escucho una vez que comentaba acerca de sus pensamientos o sus actos, o escucho dos o más voces conversando entre sí?			SÍ	
SI SÍ: ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes?	NO	SÍ	SÍ → L8b	12

L7a. ¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver?	NO	SÍ	EXTRAÑAS SÍ	13
INVESTIGUE SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS				
L7b. SI SÍ: ¿Ha visto estas cosas en el pasado mes?	NO	SÍ	EXTRAÑO SÍ	14
BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR:				
L8b. ¿Presenta el paciente actualmente lenguaje desorganizado, incoherente o con marcada pérdida de las asociaciones?	NO	SÍ	EXTRAÑO SÍ	15
L9b. ¿Presenta el paciente actualmente un comportamiento catatónico o desorganizado?	NO	SÍ	EXTRAÑO SÍ	16
L10b. ¿Hay síntomas negativos de esquizofrenia prominentes durante la entrevista (aplanamiento afectivo, pobreza del lenguaje (alogia) o incapacidad para iniciar o persistir en actividades con determinada finalidad)?	NO	SÍ	EXTRAÑO SÍ	17
L11 ¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS “b”? O ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE EXTRAÑO) EN 2 O MÁS DE LAS PREGUNTAS “b”?	NO	SÍ	SÍ TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL	
L12 ¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS “a”? O ¿CODIFICÓ SÍ EN L11?	NO	SÍ	SÍ TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA	18
L13a. ¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS PREGUNTAS DE L1b A L7b Y CODIFICÓ SÍ EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL) O EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO)?	NO →	SÍ		
L13b. SI CODIFICÓ SÍ EN L13a: Anteriormente me dijo usted que tuvo un período/s en el que se sintió (deprimido/a o exaltado/a o particularmente irritable). Estas creencias o experiencias que acabo de describir (SÍNTOMAS CODIFICADOS EN L1b a L7b) ¿Se limitan exclusivamente a los períodos en los que se sintió deprimido/a o exaltado/a o irritable?	NO	SÍ	SÍ TRASTORNO DEL ESTADO DE ANMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL	19

M. ANOREXIA NERVIOSA				
M1a. ¿Cuál es su estatura?		cm		
M1b. ¿En los últimos 3 meses, cuál ha sido su peso más bajo?		Kg		
M1c. ¿Es el peso del paciente inferior al peso mínimo correspondiente a su estatura? (VER TABLA)	NO →	SÍ		
En los últimos tres meses:				
M2. ¿A pesar de su peso bajo, evita engordar?	NO	SÍ		1
M3. ¿A pesar de estar bajo peso, temía ganar peso o ponerse gordo/a?	NO	SÍ		2
M4a. ¿Se consideraba gordo/a, o que una parte de su cuerpo era demasiado gorda?	NO	SÍ		3
M4b. ¿Influyó mucho su peso o su figura en la opinión que usted tenía de sí mismo?	NO	SÍ		4
M4c. ¿Pensaba usted que su bajo peso era normal o excesivo?	NO →	SÍ		5
M5. ¿CODIFICÓ SÍ EN UNA O MÁS RESPUESTAS DE M4?	NO →	SÍ		
M6 SÓLO PARA MUJERES: ¿En los últimos 3 meses, dejó de tener todos sus períodos menstruales, aunque debió tenerlos (cuando no estaba embarazada)?	NO →	SÍ		6
PARA MUJERES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5 Y M6?	NO	SÍ		
PARA HOMBRES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5?			SÍ ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL	

Mujer estatura/peso	
Pies/pulgadas	4,9 4,10 4,11 5,0 5,1 5,2 5,3 5,4 5,5 5,6 5,7 5,8 5,9 5,10
Libras	84 85 86 87 89 92 94 97 99 102 104 107 110 112
cm	144,8 147,3 149,9 152,4 154,9 157,5 160,0 162,6 165,1 167,6 170,2 172,7 175,3 177,8
kg	38 39 39 40 41 42 43 44 45 46 47 49 50 51
Hombre estatura/peso	
Pies/pulgadas	5,1 5,2 5,3 5,4 5,5 5,6 5,7 5,8 5,9 5,10 5,11 6,0 6,1 6,2 6,3
Libras	105 106 108 110 111 113 115 116 118 120 122 125 127 130 133
cm	154,9 157,5 160,0 162,6 165,1 167,6 170,2 172,7 175,3 177,8 180,3 182,9 185,4 188,0 190,5
kg	47 48 49 50 51 51 52 53 54 55 56 57 58 59 61
Los umbrales de pesos anteriormente mencionados son calculados con un 15 % por debajo de la escala normal de la estatura y el sexo del paciente, tal como requiere el DSM-IV. Esta tabla refleja los pesos con un 15 % por debajo del límite inferior de la escala de distribución normal de la <i>Metropolitan Life Insurance Table of Weights</i> .	

N. BULIMIA NERVIOSA			
(→ Significa: Ir a las casillas diagnosticas, rodear con un circulo NO en cada una y continuar con el siguiente módulo)			
N1. ¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted atracones, en los cuales comía grandes cantidades de alimentos en un período de 2 horas?	NO →	SÍ	7
N2. ¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted al menos 2 atracones por semana?	NO →	SÍ	8
N3. ¿Durante estos atracones, se siente descontrolado comiendo?	NO →	SÍ	9
N4. ¿Hace usted algo para compensar o evitar ganar peso como consecuencia de estos atracones, como vomitar, ayunar, practicar ejercicio, tomar laxantes, enemas, diuréticos (pastillas de agua) u otros medicamentos?	NO →	SÍ	10
N5. ¿Influye grandemente en la opinión que tiene usted de sí mismo su peso o la figura de su cuerpo?	NO →	SÍ	11
N6. ¿CUMPLEN LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE CON LOS CRITERIOS DE ANOREXIA NERVIOSA?	NO Ir a N8	SÍ	
N7. ¿Ocurren estos atracones solamente cuando está por debajo de (kg)?			
ENTREVISTADOR: ESCRIBA ENTRE PARÉNTESIS EL PESO MÍNIMO DE ESTE PACIENTE EN RELACIÓN CON SU ESTATURA, BASADO EN LA TABLA DE ESTATURA/PESO QUE SE ENCUENTRA EN EL MÓDULO DE ANOREXIA NERVIOSA	NO	SÍ	12
N8. ¿CODIFICÓ SÍ EN N5 O CODIFICÓ NO EN N7 O SALTO A N8?	NO	SÍ BULIMIA NERVIOSA ACTUAL	
N8. ¿CODIFICÓ SÍ EN N7?	NO	SÍ ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO PURGATIVO ACTUAL	

O. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA			
(→ Significa: Ir a las casillas diagnósticas, rodear con un circulo NO en cada una y continuar con el siguiente módulo)			
O1a. ¿Se han sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses?	NO →	SÍ	1
O1b. ¿Se presentan preocupaciones casi todos los días?	NO →	SÍ	2
CODIFICA SÍ, SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE ES RESTRINGIDA EXCLUSIVAMENTE, O MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS	NO →	SÍ	3
O2. ¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace?	NO →	SÍ	4
O3. CODIFIQUE NO SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS			

En los últimos 6 meses, cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo:			
O3a. ¿Se sentía inquieto, intranquilo, agitado?	NO	SÍ	5
O3b. ¿Se sentía tenso?	NO	SÍ	6
O3c. ¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente?	NO	SÍ	7
O3d. ¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco?	NO	SÍ	8
O3e. ¿Se sentía irritable?	NO	SÍ	9
O3f. ¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano o dormía en exceso)?	NO	SÍ	10
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE O3?	NO	SÍ TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL	

P. TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD (opcional)			
(→ Significa: Ir a las casillas diagnósticas y rodear con un círculo NO)			
P1. Antes de cumplir 15 años:			
P1a. ¿Faltaba a la escuela o se escapaba y dormía fuera de casa con frecuencia?	NO	SÍ	1
P1b. ¿Mentía, hacía trampa, estafaba o robaba con frecuencia?	NO	SÍ	2
P1c. ¿Iniciaba peleas o incitaba a otros, los amenazaba o los intimidaba?	NO	SÍ	3
P1d. ¿Destruía cosas deliberadamente o empezaba fuegos?	NO	SÍ	4
P1e. ¿Maltrataba a los animales o las personas deliberadamente?	NO	SÍ	5
P1f. ¿Forzó a alguien a tener relaciones sexuales con usted?	NO	SÍ	6
¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE P1? NO CODIFIQUE SÍ, SI LA CONDUCTA ES SÓLO POR MOTIVOS POLÍTICOS O RELIGIOSOS	NO →	SÍ	
P2. Después de cumplir los 15 años:			
P2a. ¿Se ha comportado repetidamente de una forma que otros considerarían irresponsable, como no pagar sus deudas, ser deliberadamente impulsivo, o deliberadamente no trabajar para mantenerse?	NO	SÍ	7
P2b. ¿Ha hecho cosas que son ilegales incluso si no ha sido descubierto (p.ej. destruir la propiedad, robar artículos en las tiendas, hurtar, vender drogas o cometer algún tipo de delito)?	NO	SÍ	8
P2c. ¿Ha participado repetidamente en peleas físicas (incluidas las peleas que tuviera con su conyugue o con sus hijos)?	NO	SÍ	9
P2d. ¿Ha mentido o estafado a otros con el objeto de conseguir dinero o por placer o mintió para divertirse?	NO	SÍ	10
P2e. ¿Ha expuesto a otros a peligros sin que le importara?	NO	SÍ	11
P2f. ¿No ha sentido culpabilidad después de hacerle daño a otros, maltratado, mentirles o robarles, o después de dañar la propiedad de otros?	NO	SÍ	12
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE P2?	NO	SÍ	

ENFERMEDAD DEL RIÑÓN Y CALIDAD DE VIDA (KDQOL- SF)

Versión española del Kidney Disease and Quality of Life Short Form
(KDQoL-SF), 1995

Adaptada por J. Alonso y el grupo CALDIVIA, 1998

KDQOL – SF versión 1.2 User´s Manual. Copyright 1993, 1994, 1995 RAND y
Universidad de Arizona, Versión Revisada. RAND 1700 Main street, Santa Monica,
CA 90407-2138, (310) 393-0411

Datos para el estudio

Día:	Mes:	Año: (20...)	Número identificador:
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> Enero <input type="checkbox"/> Julio	0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> Febrero <input type="checkbox"/> Agosto	1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> Marzo <input type="checkbox"/> Septiembre	2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> Abril <input type="checkbox"/> Octubre	3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> Mayo <input type="checkbox"/> Noviembre	4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> Junio <input type="checkbox"/> Diciembre	5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 31		6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
		7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
		8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
		9 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

INTRUCCIONES DE LLENADO DEL CUESTIONARIO

1. Las preguntas que siguen refieren a lo que usted piensa sobre su salud.

Esta información permitirá saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de realizar sus actividades habituales.

2. Este cuestionario incluye preguntas muy variadas sobre su salud y sobre su vida.

Nos interesa saber cómo se siente en cada uno de estos aspectos.

3. Por favor, conteste cada pregunta rodeando con un círculo el número correspondiente
4. o rellenando la respuesta tal como se indique.

Ejemplo:

Durante las cuatro últimas semanas, ¿cuánto dolor de espalda ha tenido?

(Marque un solo número)

Nada.....	<input type="checkbox"/>	1
Muy poco.....	<input type="checkbox"/>	2
Poco.....	<input checked="" type="checkbox"/>	3
Moderado.....	<input type="checkbox"/>	4
Mucho	<input type="checkbox"/>	5

5. Este cuestionario está hecho para poder ver los efectos de la enfermedad del riñón sobre su vida.

Algunas preguntas se refieren a las limitaciones que tiene y otras se refieren a su bienestar.

6. Puede que algunas preguntas se parezcan a otras, pero todas son distintas.

Responda lo más sinceramente que pueda, por favor. Si no está seguro/a de cómo responder una pregunta, dé la mejor respuesta que pueda, por favor. Así nos podremos hacer una buena idea sobre las diferentes experiencias de los pacientes con enfermedad del riñón.

MUCHAS GRACIAS POR RELLENAR EL CUESTIONARIO

SU SALUD			
1. En general, usted diría que su salud es: (Marque una sola casilla)			
Excelente	<input type="checkbox"/>	1	
Muy buena	<input type="checkbox"/>	2	
Buena	<input type="checkbox"/>	3	
Regular	<input type="checkbox"/>	4	
Mala	<input type="checkbox"/>	5	
2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año? (Marque una sola casilla)			
Mucho menor ahora que hace un año	<input type="checkbox"/>	1	
Algo mejor ahora que hace un año	<input type="checkbox"/>	2	
Más o menos igual que hace un año	<input type="checkbox"/>	3	
Algo peor ahora que hace un año	<input type="checkbox"/>	4	
Mucho peor ahora que hace un año	<input type="checkbox"/>	5	
3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto? (Marque una sola casilla por pregunta)			
	<input type="checkbox"/>	Sí, me limita mucho	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Sí, me limita un poco	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	No, no me limita nada	<input type="checkbox"/>
a. Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
b. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
c. Coger o llevar la bolsa de la compra	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
d. Subir varios pisos por la escalera	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
e. Subir un solo piso por la escalera	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
f. Agacharse o arrodillarse	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
g. Caminar un kilómetro o más	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
h. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
i. Caminar una sola manzana (unos 100 metros)	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
j. Bañarse o vestirse por sí mismo	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
4. Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física? (Marque una sola casilla por pregunta)			
	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
c. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
d. ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
5. Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? (Marque una sola casilla por pregunta)			
	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
c. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas? (Marque una sola casilla)			
Nada	<input type="checkbox"/>	1	
Un poco	<input type="checkbox"/>	2	
Regular	<input type="checkbox"/>	3	
Bastante	<input type="checkbox"/>	4	
Mucho	<input type="checkbox"/>	5	

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas? (Marque una sola casilla)						
No, ninguno	<input type="checkbox"/>	1				
Sí, muy poco	<input type="checkbox"/>	2				
Sí un poco	<input type="checkbox"/>	3				
Sí, moderado	<input type="checkbox"/>	4				
Sí, mucho	<input type="checkbox"/>	5				
Sí, muchísimo	<input type="checkbox"/>	6				
8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)? (Marque una sola casilla)						
Nada	<input type="checkbox"/>	1				
Un poco	<input type="checkbox"/>	2				
Regular	<input type="checkbox"/>	3				
Bastante	<input type="checkbox"/>	4				
Mucho	<input type="checkbox"/>	5				
9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo... (Marque una sola casilla por pregunta)						
	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a. ¿Se sintió lleno de vitalidad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
b. ¿Estuvo muy nervioso?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
c. ¿Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
d. Se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
e. ¿Tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
f. ¿Se sintió desanimado y triste?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
g. ¿Se sintió agotado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
h. ¿Se sintió feliz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
i. ¿Se sintió cansado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)? (Marque una sola casilla)						
Siempre	<input type="checkbox"/>	1				
Casi siempre	<input type="checkbox"/>	2				
Algunas veces	<input type="checkbox"/>	3				
Sólo alguna vez	<input type="checkbox"/>	4				
Nunca	<input type="checkbox"/>	5				
11. Por favor, diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases (Marque una sola casilla por pregunta)						
	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa	
a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	
b. Estoy tan sano como cualquiera	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	
c. Creo que mi salud va a empeorar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	
d. Mi salud es excelente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	
SU ENFERMEDAD DEL RIÑÓN						
12. ¿En qué medida considera CIERTAS o FALSAS en su caso cada una de las siguientes afirmaciones? (Marque una sola casilla por pregunta)						
	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa	
a. Mi enfermedad del riñón interfiere demasiado en mi vida	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	

b. Mi enfermedad del riñón me ocupa demasiado tiempo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
c. Me siento frustrado al tener que ocuparme de mi enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
d. Me siento una carga para la familia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>

13. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. Dé a cada pregunta la respuesta que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo...

(Marque una sola casilla por pregunta)

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a. ¿Se aisló, o se apartó de la gente que le rodeaba?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
b. ¿Reaccionó lentamente a las cosas que se decían o hacían?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
c. ¿Estuvo irritable con los que le rodeaban?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
d. ¿Tuvo dificultades para concentrarse o pensar?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
e. ¿Se llevó bien con los demás?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
f. ¿Se sintió desorientado	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto le molestó cada una de las siguientes cosas?

(Marque una sola casilla por pregunta)

	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
a. ¿Dolores musculares?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
b. ¿Dolor en el pecho?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
c. ¿Calambres?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
d. ¿Picores en la piel	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
e. ¿Sequedad de piel?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
f. ¿Falta de aire?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
g. ¿Desmayos o mareo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
h. ¿Falta de apetito?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
i. ¿Agotado/a, sin fuerzas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
j. ¿Entumecimiento (hormigueo) de manos o pies?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
k. ¿Náuseas o molestias del estómago?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
<u>l. Sólo para pacientes en hemodiálisis:</u> ¿Problemas con la fístula?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
<u>m. Sólo para pacientes en diálisis peritoneal:</u> ¿Problemas con el catéter?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>

EFFECTOS DE LA ENFERMEDAD DEL RIÑÓN EN SU VIDA

15. Los efectos de la enfermedad del riñón molestan a algunas personas en su vida diaria.

¿Cuánto le molesta su enfermedad del riñón en cada una de las siguientes áreas?

(Marque una sola casilla por pregunta)

	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
a. ¿Limitación de líquidos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
b. ¿Limitaciones de dieta?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
c. ¿Su capacidad para trabajar en casa?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
d. ¿Su capacidad para viajar?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
e. ¿Depender de médicos y otro personal sanitario?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
f. ¿Tensión nerviosa o preocupaciones causadas por su enfermedad de riñón?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
g. ¿Su vida sexual?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>

h. ¿Su aspecto físico?		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
Las dos siguientes preguntas son personales y se refieren a su vida sexual. Sus respuestas son importantes para comprender los efectos de la enfermedad del riñón en la vida de las personas.						
16. ¿Hasta qué punto supusieron un problema cada una de las siguientes cosas, durante las 4 últimas semanas? (Marque una sola casilla por pregunta)						
		Ningún problema	Muy poco problema	Algún problema	Mucho problema	Muchísimo problema
a. Disfrutar de su actividad sexual		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
b. Excitarse sexualmente		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
En la siguiente pregunta valore cómo duerme usted en una escala que va de 1 a 10, por favor. El 1 representa que duerme "Muy mal" y el 10 representa que duerme "Muy bien." Si cree que usted duerme justo entre "Muy mal" y "Muy bien," rodee con un círculo el número 5, por favor. Si cree que duerme un poco mejor que el nivel 5, rodee el número 6. Si cree que duerme un poco peor, rodee el 4 (y así sucesivamente).						
17. En una escala que va de 1 a 10, valore cómo duerme usted en general. (Marque una sola casilla)						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10				
Muy mal					Muy bien	
18. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo... (Marque una sola casilla por pregunta)						
		Nunca	Sólo alguna vez	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
a. ¿Se despertó por la noche y le costó volverse a dormir?		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. ¿Durmió todo lo que necesitaba?		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. ¿Le costó mantenerse despierto durante el día?		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
19. En relación con su familia y sus amigos, valore su nivel de satisfacción con... (Marque una sola casilla por pregunta)						
			Muy insatisfecho	Bastante insatisfecho	Bastante satisfecho	Muy insatisfecho
a. El tiempo que tiene para estar con su familia y sus amigos		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
b. El apoyo que le dan su familia y sus amigos		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
20. Durante las 4 últimas semanas, ¿realizó un trabajo remunerado? (Marque una sola casilla)						
Sí		<input type="checkbox"/> 1				
No		<input type="checkbox"/> 2				
21. ¿Su salud le ha impedido realizar un trabajo remunerado? (Marque una sola casilla)						
Sí		<input type="checkbox"/> 1				
No		<input type="checkbox"/> 2				
22. En general, ¿cómo diría que es su salud? (Marque una sola casilla)						
0	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La PEOR salud posible (tan mala o peor que estar muerto)		A MEDIAS entre la peor posible y la perfecta			La MEJOR Salud posible	
SATISFACCIÓN CON LOS CUIDADOS RECIBIDOS						
23. Piense en la atención que recibe en la diálisis. Valore, según su grado de satisfacción, la amabilidad y el interés que muestran hacia usted como persona. (Marque una sola casilla)						
Muy malos		<input type="checkbox"/> 1				
Malos		<input type="checkbox"/> 2				
Regulares		<input type="checkbox"/> 3				

Buenos	<input type="checkbox"/>	4							
Muy buenos	<input type="checkbox"/>	5							
Excelentes	<input type="checkbox"/>	6							
Los mejores	<input type="checkbox"/>	7							
24. ¿En qué medida considera CIERTAS o FALSAS en su caso cada una de las siguientes afirmaciones? (Marque una sola casilla por pregunta)									
	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa				
a. El personal de diálisis me anima a ser todo lo independiente posible	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
b. El personal de diálisis me apoya para hacer frente a mi enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN SU COOPERACIÓN AYUDARÁ A BRINDARLE UN MEJOR

**Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad
(International Personality Disorder Examination, IPDE)**

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN IPDE (MÓDULO CIE-10)

Nombre de paciente:	Número de protocolo:
Fecha de nacimiento:	Hora de inicio de entrevista:
Nombre de entrevistador:	Hora de término de la entrevista:
Fecha de la entrevista:	Folio:
<p>1. La intención de este cuestionario es conocer qué tipo de persona ha sido usted durante los últimos 5 años.</p> <p>2. Por favor no omita ningún ítem. Si no está seguro de una respuesta, señale la respuesta (verdadero o falso) que le parezca <i>más correcta</i>.</p> <p>3. No hay límite de tiempo, pero no pierda mucho tiempo pensando cuál es la respuesta correcta a un ítem determinado.</p> <p>4. Cuando la respuesta sea verdadero, señale con un <i>círculo</i> la letra V.</p> <p>5. Cuando la respuesta sea falso, señale con un <i>círculo</i> la letra F.</p>	
1. IPDE-Normalmente me divierto y disfruto de la vida	V F
2. IPDE-No reacciono bien cuando alguien me ofende	V F
3. IPDE-No soy minucioso con los pequeños detalles	V F
4. IPDE-No puedo decidir qué tipo de persona quiero ser	V F
5. IPDE-Muestro mis sentimientos a todo el mundo	V F
6. IPDE-Dejo que los demás tomen decisiones importantes por mí	V F
7. IPDE-Habitualmente me siento tenso o nervioso	V F
8. IPDE-Casi nunca me enfado con nada	V F
9. IPDE-Hago lo que sea necesario para que la gente no me abandone	V F
10. IPDE-Soy una persona muy precavida	V F
11. IPDE-Nunca me han detenido	V F
12. IPDE-La gente cree que soy frío y distante	V F
13. IPDE-Me meto en relaciones muy intensas y poco duraderas	V F
14. IPDE-La mayoría de la gente es justa y honesta conmigo	V F
15. IPDE-Me cuesta discrepar de las personas de quienes dependo mucho	V F
16. IPDE-Me siento molesto o fuera de lugar en situaciones sociales	V F
17. IPDE-Me siento fácilmente influido por lo que me rodea	V F
18. IPDE-Normalmente me siento mal cuando hago daño o trato mal a alguien	V F
19. IPDE-Discuto o me peleo con la gente cuando tratan de impedirme que haga lo que quiero	V F
20. IPDE-A veces he rechazado un trabajo, incluso si estaba esperándolo	V F
21. IPDE-Cuando me alaban o critican, no manifiesto mi reacción a los demás	V F
22. IPDE-No he perdonado los agravios de otros durante años	V F
23. IPDE-Paso demasiado tiempo tratando de hacer las cosas perfectamente	V F
24. IPDE-A menudo la gente se ríe de mí a mis espaldas	V F
25. IPDE-Nunca me he autolesionado a propósito, ni he amenazado con suicidarme	V F
26. IPDE-Mis sentimientos son como el tiempo: siempre están cambiando	V F
27. IPDE-Lucho por mis derechos aunque moleste a la gente	V F

28. IPDE-Me gusta vestirme para destacar entre la gente	V	F
29. IPDE-Mentiría o haría trampas para lograr mis propósitos	V	F
30. IPDE-No mantengo un plan si no obtengo resultados inmediatamente	V	F
31. IPDE-Tengo poco o ningún deseo de mantener relaciones sexuales	V	F
32. IPDE-La gente cree que soy demasiado estricto con las normas y reglas	V	F
33. IPDE-Generalmente me siento incómodo o desvalido si estoy solo	V	F
34. IPDE-No me gusta relacionarme con la gente hasta que no estoy seguro de que les gusto	V	F
35. IPDE-No me gusta ser el centro de atención	V	F
36. IPDE-Creo que mi cónyuge (amante) me puede ser infiel	V	F
37. IPDE-A veces me enfado tanto que rompo o tiro cosas	V	F
38. IPDE-He tenido amistades íntimas que duraron mucho tiempo	V	F
39. IPDE-Me preocupa mucho no gustar a la gente	V	F
40. IPDE-A menudo me siento «vacío» por dentro	V	F
41. IPDE-Trabajo tanto que no tengo tiempo para nada más	V	F
42. IPDE-Me da miedo que me dejen solo y tener que cuidar de mí mismo	V	F
43. IPDE-Muchas cosas me parecen peligrosas, y no a la mayoría de la gente	V	F
44. IPDE-Tengo fama de que me gusta «flirtear»	V	F
45. IPDE-No pido favores a la gente de la que dependo mucho	V	F
46. IPDE-Prefiero las actividades que puedo hacer por mí mismo	V	F
47. IPDE-Pierdo los estribos y me meto en peleas	V	F
48. IPDE-La gente piensa que soy demasiado inflexible o formal	V	F
49. IPDE-Con frecuencia busco consejos o recomendaciones sobre decisiones de la vida cotidiana	V	F
50. IPDE-Me guardo las cosas para mí, incluso cuando estoy con gente	V	F
51. IPDE-Para mí es difícil estar sin problemas	V	F
52. IPDE-Estoy convencido de que existe una conspiración tras muchas cosas que pasan en el mundo	V	F
53. IPDE-Soy muy emocional y caprichoso	V	F
54. IPDE-Me resulta difícil acostumbrarme a hacer cosas nuevas	V	F
55. IPDE-La mayoría de la gente piensa que soy una persona extraña	V	F
56. IPDE-Me arriesgo y hago cosas temerarias	V	F
57. IPDE-Todo el mundo necesita uno o dos amigos para ser feliz	V	F
58. IPDE-Estoy más interesado en mis pensamientos que en lo que pasa fuera	V	F
59. IPDE-Normalmente trato que la gente haga las cosas a mi manera	V	F

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (21 ÍTEMS)

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados
Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.

1. Estado de ánimo	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos <input type="radio"/> No me encuentro triste <input type="radio"/> Me siento algo triste y deprimido <input type="radio"/> Ya no puedo soportar esta pena <input type="radio"/> Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar
2. Pesimismo	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Me siento desanimado cuando pienso en el futuro <input type="radio"/> Creo que nunca me recuperaré de mis penas <input type="radio"/> No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal <input type="radio"/> No espero nada bueno de la vida <input type="radio"/> No espero nada. Esto no tiene remedio
3. Sentimientos de fracaso	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.) <input type="radio"/> He tenido más fracasos que la mayoría de la gente <input type="radio"/> Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena <input type="radio"/> No me considero fracasado <input type="radio"/> Veo mi vida llena de fracasos
4. Insatisfacción	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ya nada me llena <input type="radio"/> Me encuentro insatisfecho conmigo mismo <input type="radio"/> Ya no me divierte lo que antes me divertía <input type="radio"/> No estoy especialmente insatisfecho <input type="radio"/> Estoy harto de todo

<p>5. Sentimientos de culpa</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> A veces me siento despreciable y mala persona <input type="radio"/> Me siento bastante culpable <input type="radio"/> Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable <input type="radio"/> Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable <input type="radio"/> No me siento culpable
<p>6. Sentimientos de castigo</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Presiento que algo malo me puede suceder <input type="radio"/> Siento que merezco ser castigado <input type="radio"/> No pienso que esté siendo castigado <input type="radio"/> Siento que me están castigando o me castigarán <input type="radio"/> Quiero que me castiguen
<p>7. Odio a sí mismo</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Estoy descontento conmigo mismo <input type="radio"/> No me aprecio <input type="radio"/> Me odio (me desprecio) <input type="radio"/> Estoy asqueado de mí <input type="radio"/> Estoy satisfecho de mí mismo
<p>8. Autoacusación</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No creo ser peor que otros <input type="radio"/> Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal <input type="radio"/> Me siento culpable de todo lo malo que ocurre <input type="radio"/> Siento que tengo muchos y muy graves defectos <input type="radio"/> Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores
<p>9. Impulsos suicidas</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo <input type="radio"/> Siento que estaría mejor muerto <input type="radio"/> Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera <input type="radio"/> Tengo planes decididos de suicidarme <input type="radio"/> Me mataría si pudiera <input type="radio"/> No tengo pensamientos de hacerme daño
<p>10. Períodos de llanto</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No lloro más de lo habitual <input type="radio"/> Antes podía llorar; ahora no lloro ni aun queriéndolo <input type="radio"/> Ahora lloro continuamente. <input type="radio"/> No puedo evitarlo <input type="radio"/> Ahora lloro más de lo normal
<p>11. Irritabilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No estoy más irritable que normalmente <input type="radio"/> Me irrito con más facilidad que antes <input type="radio"/> Me siento irritado todo el tiempo <input type="radio"/> Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba
<p>12. Aislamiento social</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto <input type="radio"/> Me intereso por la gente menos que antes <input type="radio"/> No he perdido mi interés por los demás <input type="radio"/> He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos
<p>13. Indecisión</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones <input type="radio"/> Tomo mis decisiones como siempre <input type="radio"/> Ya no puedo tomar decisiones en absoluto <input type="radio"/> Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda
<p>14. Imagen corporal</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado <input type="radio"/> Me siento feo y repulsivo <input type="radio"/> No me siento con peor aspecto que antes <input type="radio"/> Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)
<p>15. Capacidad laboral</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Puedo trabajar tan bien como antes <input type="radio"/> Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa <input type="radio"/> No puedo trabajar en nada <input type="radio"/> Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo <input type="radio"/> No trabajo tan bien como lo hacía antes

<p>16. Trastornos del sueño</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Duermo tan bien como antes ○ Me despierto más cansado por la mañana ○ Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir ○ Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche ○ Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme ○ Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas ○ Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas ○ No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas
<p>17. Cansancio</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Me canso más fácilmente que antes ○ Cualquier cosa que hago me fatiga ○ No me canso más de lo normal ○ Me canso tanto que no puedo hacer nada
<p>18. Pérdida de apetito</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ He perdido totalmente el apetito ○ Mi apetito no es tan bueno como antes ○ Mi apetito es ahora mucho menor ○ Tengo el mismo apetito de siempre
<p>19. Pérdida de peso</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ No he perdido peso últimamente ○ He perdido más de 2,5 kg ○ He perdido más de 5 kg ○ He perdido más de 7,5 kg
<p>20. Hipocondría</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas ○ Estoy preocupado por dolores y trastornos ○ No me preocupa mi salud más de lo normal ○ Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro
<p>21. Libido</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Estoy menos interesado por el sexo que antes ○ He perdido todo mi interés por el sexo ○ Apenas me siento atraído sexualmente ○ No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1. BAI-Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. BAI-Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. BAI-Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. BAI-Incapaz de relajarse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. BAI-Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. BAI-Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. BAI-Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. BAI-Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. BAI-Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. BAI-Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. BAI-Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. BAI-Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. BAI-Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. BAI-Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. BAI-Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. BAI-Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. BAI-Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. BAI-Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. BAI-Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. BAI-Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. BAI-Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

BIBLIOGRAFÍA

1. A De Sousa; Psychiatric issues in renal failure an dialysis; Indian Journal of Neprology; Apr 2008; Vol 18; Issue2
2. Alaa A Sabry, Hamdy Bo Zenah et al; Sleep disorders in Hemodialysis patiens; Sundi J Kidney Dis Transpl 2010; 21 (2): 300-305
3. Amani A. Khalil, Terry A. Lennie, Susan K. Frazier; Understanding the Negative Effects Of Depressive Symptoms in Patients With ESRD Receiving Hemodialysis; Nephrology Nursing Journal May-June 2010 Vol. 37, (3): 289-296
4. Betül Kalender, Aytul Corapcioglu Ozdemir, Gulturk Koroglu; Association of Depression with Markers of Nutrition and Inflammation in Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease; Nephron Clin Pract 2006;102:c115–c121
5. Barth J, Schumacher M, Hermann-Lingen C; Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: A meta-analysis. *Psychosom Med* 2004; 66: 802–813.
6. Boulware LE, Liu Y, Fink NE, et al: Temporal relation among depression symptoms, cardiovascular disease events, and mortality in end-stage renal disease: Contribution of reverse causality, *Clin J Am Soc Nephrol* 2006, 1:496-504
7. Carney, R.M., Freedland, K.E., Eisen, S.A., Rich, M.W., & Jaffe, A.S; Major depression and medication adherence in elderly patients with coronary artery disease; *Health Psychology*; 1995, 14(1), 88-90.
8. Córdova-Villalobos José Ángel, Barriguete-Meléndez Jorge Armando, Lara-Esqueda Agustín, et al; Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral; salud pública de México / vol. 50, no. 5, septiembre-octubre de 2008
9. Cruz Corchado Maricela; Panorama epidemiológico de la hipertensión arterial en México; *Archivos de Cardiología en México*; Vol. 71 Supl. 1/Enero-Marzo 2001:S192-S197
10. Cueto-Manzano M, Rojas-Campos E; Status of renal replacement therapy and dialysis peritoneal in Mexico. *Perit Dial Internat.* 2007; 27:142-8
11. Cukor Daniel, Jeremy Coplan et al; Depression and Anxiety in Urban Hemodialysis Patients; *Clin J Am Soc Nephrol* 2: 484-490, 2007
12. Christensen, A. & Moran, P.; Psychosomatic research in end-stage renal disease: A framework for matching patient to treatment; *Journal of Psychosomatic Research*; 1998, 44(5): 523-528
13. Drayer RA, Piraino B, Reynolds CF, 3rd, et al. Characteristics of depression in hemodialysis patients: symptoms, quality of life and mortality risk. *Gen Hosp Psychiatry.* 2006; 28:306-12
14. Dogan E, Erkok R, Eryonucu B, et al: Relation between depression, some laboratory parameters, and quality of life in hemodialysis patients. *Ren Fail* 27:695-699, 2005
15. Durose, C., Holdsworth, M., Watson, V., and Przygodzka, F.. Knowledge of dietary restrictions and the medical consequences of noncompliance by patients on hemodialysis are not predictive of dietary compliance. *Journal of the Dietetic Association*; 2004,104, 35-41
16. Erkan Dervisoglu, Hale Maral Kir, Betul Kalender, Ceyla Eraldemir, Cigdem Caglayan; Depressive Symptoms and Proinflammatory Cytokine Levels in Chronic Renal Failure Patients; *Nephron Clin Pract* 2008;108:c272–c277
17. Esquivel Molina Carlos Gerardo, Prieto Fierro José Guadalupe et al; Calidad de vida y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis; *Med Int Mex* 2009;25(6):443-449
18. Ford DE, Erlinger TP; Depression and C-reactive protein in US adults: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey; *Arch Intern Med.* 2004;164(9):1010-1014
19. Fredric O Finkelstein and Susan H. Finkelstein; Depresión in chronic dialysis patients: assessment and treatment; *Nephrol Dial Transplant*; 2000, 15: 1911-1913
20. Fredric O. Finkelstein, Diane Wuerth, Laura K. Troidle and Susan H. Finkelstein; Depression and end-stage renal disease: a therapeutic challenge; *Kidney International* (2008) 74, 843–845

21. Frenk Julio, Lozano Rafael; Transición epidemiológica en América Latina; The Word Bank, Washintong DC, 1990
22. Ginieri-Coccosis M, Theofilou P, Synodinou C, Tomaras V and Soldatos C; Quality of life, mental health and health beliefs in haemodialysis and peritoneal dialysis patients: Investigating differences in early and later years of current treatment; *BMC Nephrology* 2008, 9:14
23. Greenstein S, Seigal B; Compliance and non compliance in patients with a functioning renal transplant: A multicenter study; *Transplantation* 1998;66:1718-26
24. Guerrero RJ, Rodríguez MM. Complicaciones relacionadas con la mortalidad por la diabetes mellitus: Un análisis de mortalidad por causa múltiple. *Med Inter Mex* 1997; 13 (6): 263-267
25. Gutiérrez Isauro, Burguete Cabañas Teresa et al; Mortalidad por diabetes mellitus, experiencia de 11 años en un Hospital de segundo nivel; *Salud Pública de México*, noviembre – diciembre, 2006, vol. 48, pag. 445
26. Hanly Patrick; Sleep Disorders and End-Stage Renal Disease; *Sleep Med Clin* 2 (2007) 59–66
27. Hedayati S. Susan, Abu T. Minhajuddin, Robert D. Toto, David W. Morris, and A. John Rush; Prevalence of Major Depressive Episode in CKD; *American Journal of Kidney Diseases*, Vol 54, No 3 (September), 2009: pp 424-432.
28. Hedayati SS, Grambow SC, Szczech LA, Stechuchak KM, Allen AS, Bosworth HB: Physician-diagnosed depression as a correlate of hospitalizations in patients receiving long-term hemodialysis. *Am J Kidney Dis* 46:642-649, 2005
29. Hedayati SS, Bosworth HB, Briley LP, et al. Death or hospitalization of patients on chronic hemodialysis is associated with a physician-based diagnosis of depression. *Kidney Int.* 2008; 74:930-6
30. Hedayati S. Susan and O. Finkelstein Fredric; Epidemiology, Diagnosis, and Management of Depression in Patients with CKD; *American Journal of Kidney Diseases*, Vol 54, No 4 (October), 2009: pp 741-752
31. Henkel, V., Bussfeld, P., Möller, H.J., & Hegerl, U; Cognitive-behavioral theories of helplessness/hopelessness: Valid models of depression? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 2002, 252(5), 240-249
32. Hung CY, Chen YA, Chou CC, Yang CS; Nutritional and inflammatory markers in the prediction of mortality in Chinese hemodialysis patients. *Nephron Clin Pract.* 2005;100(1):c20-c26
33. Isao Fukunishi, Tateki Kitaoka, Tetsuo Shirai, Kyoko Kino, et al; Psychiatric disorders among patients undergoing hemodialysis therapy; *Nephron*; Jun 2002; 91, 2
34. Isao Fukunish, Tateki Kitaoka, Tetsuo Shirai, Kyoko Kino, Emiko Kanematsu; Delirium in patients on hemodialysis therapy; *Nephron*, 2002, 90: 226
35. Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al: National Comorbidity Survey Replication. The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication; *JAMA* 289:3095-3105, 2003
36. Kimmel, P., Peterson, R., Weihs, K., Simmens, S., Alleyne, S., Cruz, I., & Veise, J.H.; Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban hemodialysis patients. *Kidney International*, 54, 245-254, 1998.
37. Kimmel PL, Peterson RA: Depression in patients with end stage renal disease treated with dialysis: Has the time to treat arrived?; *Clin J Am Soc Nephrol* 1: 349–352, 2006
38. Kugler, C., Valminck, H., Haverich, A., & Maes, B; Nonadherence with diet and fluid restrictions among adults having hemodialysis. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(1), 25-29, 2005
39. Lopes AA, Bragg J, Young E et al. Depression as a predictor of mortality and hospitalization among hemodialysis patients in the United States and Europe. *Kidney Int* 2002; 62: 199–207
40. Lopes AA, Albert JM, Young E et al; Depression as a predictor of mortality and hospitalization among hemodialysis patients in the United States and Europe in Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Kidney Int* 2004; 66: 2047–2053.
41. McCaffery JM, Frasure-Smith N, Dube MP: Common genetic vulnerability to depressive symptoms and coronary artery disease: A review and development of candidate genes related to inflammation and serotonin; *Psychosom Med* 68:187-200, 2006
42. Méndez-Durán Antonio, Méndez-Bueno J. Francisco, Tapia-Yáñez Teresa, Muñoz Montes Angélica y Aguilar-Sánchez Leticia; Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México; *Dial Traspl.* 2010; 31(1):7-11

43. Miller AH, Maletic V, Raison CL: Inflammation and its discontents: The role of cytokines in the pathophysiology of major depression. *Biol Psychiatry* 65:732-741, 2009
44. Moreno Altamirano Laura; *Epidemiología y diabetes*; Depto. de Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM, *Rev Fac Med UNAM* Vol.44 No.1 Enero-Febrero, 2001
45. Murtagh FE, Addington-Hall J, Higginson IJ; The prevalence of symptoms in end-stage renal disease: a systematic review. *Adv Chronic Kidney Dis.* 2007;14:82-99
46. Oreopoulos DG, Dimkovic N; Geriatric nephrology is coming of age; *J Am Soc Nephrol* 2003; 14:1099-101
47. Paparrigopoulos Thomas, Theleritis Christos, Tzavara Chara, Papadaki Antonia; Sleep disturbance in haemodialysis patients is closely related to depression; *General Hospital Psychiatry* 31 (2009) 175–177
48. Rebecca A. Drayer, Beth Piraino, Charles F. Reynolds, Patricia R. Houck, Sati Mazumdar, Judith Bernardini, M. Katherine Shear, Bruce L. Rollman; Characteristics of depression in hemodialysis patients: symptoms, quality of life and mortality risk; *General Hospital Psychiatry* 28 (2006) 306– 312
49. Riechsmann F, Levy NB; Adaptation to hemodialysis: Four years study of 25 patients. *Ach Intern Med* 1972; 138:859-65
50. Rosas Peralta Martín, Lara Esqueda Agustín, et al; Reencuesta Nacional de Hipertensión Arterial (RENAHTA): Consolidación Mexicana de los Factores de Riesgo Cardiovascular. Cohorte Nacional de Seguimiento; *Archivos de Cardiología de México*; Vol. 75 Número 1/Enero-Marzo 2005:96-111
51. Serebruany VL, Glassman AH, Malinin AI, et al: Enhanced platelet/endothelial activation in depressed patients with acute coronary syndromes: Evidence from recent clinical trials. *Blood Coagul Fibrinol* 14:563-567, 2003
52. Seyed Abbas Tavallaii, Eghlim Nemat, Hamid Reza Khoddami Vishteh, Mehdi Azizabadi Farahani, Maryam Moghani Lankarani, Shervin Assari; Marital Adjustment in Patients on Long-Term Hemodialysis: A Case-Control Study; *Iranian Journal of Kidney Diseases*, Volume 3, Number 3, July 2009
53. Sefik Tagay, Andreas Kribben, Alexander Hohenstein, Ricarda Mewes, and Wolfgang Senf; Posttraumatic Stress Disorder in Hemodialysis Patients; *American Journal of Kidney Diseases*, Vol 50, No 4 (October), 2007: pp 594-601
54. Striker GE, Agodoa LL, Held P et al. Kidney disease of diabetes mellitus (diabetic nephropathy): Perspectives in the United States. *J Diabetes Complications*; 1992; 5: 51-52.
55. Tanaka Motoko, Shin Yamazaki et al; Hypercalcaemia is associated with poor mental health in haemodialysis patients: results from Japan DOPPS; *Nephrol Dial Transplant* (2007) 22: 1658–1664
56. Torres Vilorio Alfredo, Zacarías Castillo Rogelio; Nefropatía diabética; *Rev Hosp Gral Dr. M Gea González*; Vol. 5, Nos. 1 y 2 Enero-Marzo 2002, Abril-Junio: 24-32
57. Treviño-Becerra Alejandro; Insuficiencia renal crónica: enfermedad emergente, catastrófica y por ello prioritaria; *Cir Ciruj*; Volumen 72, No. 1, enero-febrero 2004: 3-4
58. Vaccarino V, Johnson BD, Sheps DS et al; Depression, inflammation, and incident cardiovascular disease in women with suspected coronary ischemia: the National Heart, Lung, and Blood Institutesponsored WISE study; *J Am Coll Cardiol* 2007; 50: 2044–2050.
59. Valderrabano F, Jofre R, Lopez Gómez JM; Quality of life in end stage renal disease patients; *Am J Kidney Dis* 2001; 38:443-64
60. Usama Feroze, David Martin, Astrid Reina-Patton, Kamyar Kalantar-Zadeh, Joel D Kopple; Mental Health, Depression, and Anxiety in Patients on Maintenance Dialysis; *Iranian Journal of Kidney Diseases*, Volume 4, Number 3, July 2010
61. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global Prevalence of Diabetes. Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*; 2004; 27(5):1047–1053
62. Watnick S, Kirwin P, Mahnensmith R, Concato J; The prevalence and treatment of depression among patients starting dialysis. *Am J Kidney Dis* 41:105-110, 2003