



01964

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO,
ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES
CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**

**T E S I S
PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA GENERAL EXPERIMENTAL
P R E S E N T A :**

MARÍA ERNESTINA GARCÍA TAPIA

**DIRECTOR: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
COMITÉ DE TESIS:
MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO
MTRA. MARIANA GUTIERREZ LARA
DR. ARIEL VITE SIERRA
DR. FELIPE CRUZ PEREZ**

MÉXICO, D. F.

2005

**® Facultad
de Psicología**

m346568



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Con mi más profundo agradecimientos a las siguientes instituciones por el apoyo proporcionado para la realización de esta tesis:

Dirección General de Asuntos del Personal Académico de la U.N.A.M. Por haberme favorecido con su programa de becas.

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología CONACYT . Quien hizo posible que mis aspiraciones se realizaran gracias a la obtención de beca No. De registro 114655.

Hospital General Regional Clínica 25 del Seguro Social en especial al Servicio de Nefrología quien permitió contactar a los pacientes que participaron en la muestra.

Agradecimientos especiales A:

Dr. Samuel Jurado Cárdenas. Por el aporte de su gran experiencia y préstamo de equipo de computación.

Dr. Ariel Vite Sierra. Por su maravilloso tiempo, comentarios, enorme paciencia y entusiasmo al impulsarme a terminar esta investigación sin los cuales esta tesis no hubiera sido posible.

Dr. Felipe Cruz Pérez. Por sus indicaciones y orientaciones.

Mtra. Mariana Gutiérrez Lara. Por sus sugerencias y dedicación.

Lic. Ma. De Lourdes Monroy Tello . Por su valioso apoyo teórico - metodológico en estadística entusiasmo y comprensión.

Departamento de Sistemas de la Facultad de Psicología.

Por su ayuda incondicional cuando más la necesite.

Víctor Martínez Rivera.

Oscar Lima Pérez.

Sara Castañeda Alvarado.

Al impulso, ayuda y amor de los miembros de mi familia que me ayudaron.

Ninve, Ale, José Luis.

Ly, Tere, Cony, Artur, Carlos, Dany y Pablo.

Gracias a todos.

INDICE

	Página
Resumen	1
Introducción	2
Capítulo I Insuficiencia Renal	4
Capítulo II Ansiedad	15
Capítulo III Depresión	22
Capítulo IV Habilidades de Afrontamiento	29
Objetivo	36
Método	37
Resultado	41
Discusión y Conclusiones	49
Anexos	55
Bibliografía	62

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue analizar niveles de ansiedad, depresión y estilos de afrontamiento en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) que asistían al Servicio de Nefrología, Clínica 25 del Hospital General Regional del Seguro Social. Se seleccionaron 119 pacientes con IRC y 119 sujetos de Control, ambos fueron apareados en variables como género, edad y estado civil, con un rango de edad entre 16 a 72 años, 98 hombres y 140 mujeres, 38% solteros, 56% casados, el 3% divorciados, el restante 3% entre separados, viudos y unión libre. Se les aplicaron los siguientes instrumentos: Inventario de Depresión (Beck y Steer, 1990), Inventario de Ansiedad (Beck, Steer y Harbin, 1998), Instrumento de Estilos de Afrontamiento (Moss, 1984). La aplicación de los instrumentos se realizó de manera individual. Los resultados, señalan que los pacientes con IRC, a diferencia del grupo Control muestran niveles moderados y/o severos de ansiedad y depresión, el estilo de afrontamiento predominante utilizado fue cognitivo activo. Estos hallazgos señalan la pertinencia de diseñar e implementar programas para determinar con un mayor número de pacientes la estabilidad de estas variables y por la otra, el correlacionar niveles de depresión con los niveles de urea y creatinina, a fin de esclarecer la influencia de estas sustancias en la sintomatología del paciente para que el tratamiento que se brinda a los pacientes con IRC, sea integral lo cuál mejoraría su calidad de vida.

INTRODUCCIÓN

Pertenecer al grupo de enfermos crónicos significa que la enfermedad amerita cuidados intensivos, los cuales disminuyen física y emocional la independencia y autosuficiencia (dependen de núcleo familiar y servicios hospitalarios).

Los enfermos crónicos, son sujetos con limitaciones en su capacidad de trabajo físico, la mayoría con secuelas psíquicas al saberse parte de un grupo de pacientes con un padecimiento crónico que es lento, irreversible y progresivo, cuyas consecuencia serán: deterioro gradual, capacidades psicósomáticas disminuidas, lo cuál en un futuro próximo diversificará y acentuará problemáticas en el ámbito personal, familiar, social y laboral por tales motivos, el paciente puede generar regresión a sentimientos y conductas infantiles. Esta situación que culturalmente es aceptada con los enfermos, en un paciente crónico, se convierte en un círculo, en el ámbito laboral; el deterioro psicósomático obliga al enfermo a tener inasistencias laborales, lo cual puede generar conflictos con sus compañeros y superiores hasta llegar al despido, lo que agrava aún más su situación personal y familiar (Ceballos y Garduño, 1991).

A la evaluación de la psicopatología de insuficiencia renal crónica como al tratamiento, es fácil que el enfermo reaccione con ansiedad; además de los cambios mentales, producidos por la enfermedad misma, la ansiedad prolongada altera gravemente la regulación autónoma del cuerpo, los resultados son sintomatologías psicósomáticas, que pueden llevar a la depresión y ésta produce cambios emocionales.

Para manejar los cambios emocionales, las personas tienen diferentes tipos de afrontamiento, unos son más asertivos que otros, para los profesionistas en el área de la salud, sería de gran ayuda que los grupos interdisciplinarios utilizaran herramientas para identificar qué tipo de afrontamiento están empleando los pacientes con IRC, para los diversos cambios psicósomáticos, roles familiares, sociales y laborales.

El padecimiento de IRC, tiene una relación con todos los demás sistemas somáticos, es algo más que la suma de padecimientos que lo conforma, son pacientes con población estable, lo cuál posibilita un seguimiento a los registros clínicos para verificar niveles químicos, síntomas físicos y la relación con los diferentes estados emocionales para que tanto los pacientes, núcleo familiar y profesionales que los atienden, puedan hacer uso de técnicas adecuadas para complementar su tratamiento.

CAPÍTULO I

INSUFICIENCIA RENAL

1.1. – Características físicas de la Insuficiencia Renal.

Entre las enfermedades crónicas, el padecimiento renal causa en los pacientes cambios con rapidez aparente; la razón de esto se debe a que el padecimiento por lo general es detectado cuando el funcionamiento de los riñones ha tenido una disminución drástica y la enfermedad se encuentra en una etapa avanzada que requiere, tratamientos angustiantes y dolorosos (Robles, 1985).

Este padecimiento es una enfermedad que afecta a los riñones; estos órganos son de naturaleza glandular (filtros selectivos). Su función principal es mantener las constantes químicas en la sangre y del medio interno, así como la eliminación de sustancias de desperdicio, por ejemplo el exceso de agua y los solutos no metabolizados de la dieta.

Sabbagh y Barnard (1984), describen los órganos humanos y su funcionamiento, señalando que los riñones eliminan sustancias de desperdicio productos digeridos que se separan de las proteínas en sus elementos. Su origen es orgánico: urea, ácido úrico y creatinina son productos finales no volátiles y otras sustancias; salen del filtrado de la sangre; el organismo los expulsa por medio de la orina, ésta se forma en la cortical del riñón a expensas del plasma sanguíneo; concentrándose en el centro del riñón y fluye por conductos colectores cada vez más largos hasta que es expulsada del organismo.

En condiciones de salud, la velocidad de filtración glomerular (VFG), presenta el funcionamiento global de una población de nefronas sanas, la cual aumenta bajo la acción de diferentes estímulos, como la administración brusca de proteínas e infusión endovenosa de aminoácidos. La diferencia entre la velocidad de filtración glomerular basal (VFB) y la de filtración glomerular (VFG) máxima, constituye la reserva renal, el aumento de la VFG depende del deterioro del funcionamiento renal global. La VFG

empieza a disminuir después que la reducción en el parénquima renal ha sobrepasado el 50%, la reducción progresiva de la VFG contribuye al desarrollo de un estado de intoxicación "urémica". Los riñones enfermos, incluso con una reducción importante de su VFG, se adaptan para conservar dentro de los límites normales la concentración plasmática de sus diversos componentes.

Si la función renal trabaja adecuadamente, regula las constantes químicas; la sangre y líquidos intersticiales que bañan las células, efectúan un intercambio en el líquido (extraen productos indispensables para la vida de las células y los desechos del metabolismo) (Fernández, 1970).

1.2. – Anatomía física de los riñones

Los riñones se localizan en la parte superior dentro de la pared posterior en la cavidad abdominal; el riñón derecho está ligeramente más arriba que el izquierdo y ambos, se encuentran junto a la columna vertebral a la altura del comienzo de la doceava costilla (Morris, 1967).

Anatómicamente, los riñones están constituidos, de dos porciones, una periférica, llamada cortical o corteza y otra central, denominada medular o médula renal. Los riñones se componen aproximadamente de 1,200,000 nefrones, que son pequeños tubos de 5 cm. de largo, La porción medular está constituida por infinidad de finos conductos (cálices renales), al extremo de cada uno hay ovillos de vasos arteriales sanguíneos (glomérulos), unos que llegan (aférentes), otros salen (eferentes). En el ovillo glomerular circula la sangre, filtra y llega a los tubos renales desde la zona cortical (se encuentra en el asa de Henle en donde se concentra en forma de orina), para ser eliminada por los tubos uriníferos que desembocan en los cálices renales.

La unidad funcional del riñón es el nefrón, en cada riñón existen células que concentran la sal para reabsorber el agua y evitar que se pierda por la orina. Si las células dejaran de funcionar en pocos minutos se deshidrataría el organismo y moriría.

Los glomérulos arrastran la sangre por presión, las paredes de estos vasos funcionan como filtros, ambos dejan pasar el agua muy despacio; moléculas de agua que se encuentran en la sangre, junto con otras moléculas menores y residuos. Los glomérulos tienen aproximadamente 1/100 de milímetro y se encuentran en unas pequeñas cámaras cerca de la arteria y venas principales que recorren el centro del cuerpo para realizar el filtrado, de residuos solubles producidos por los procesos metabólicos como; bacterias, tóxicos desechables, fármacos, así mismo (en filtración) se realiza la reabsorción, transporte de solutos y agua a través de las células tubulares en este proceso el glomérulo permite el paso de agua del organismo; durante el transcurso de un día filtran todo el volumen sanguíneo cerca de 300 veces, 180 litros al día, así el agua corporal se filtra cuatro veces al día y el agua extracelular, alrededor de quince veces. La función de filtrar se da a través de la cápsula de Bowman, ésta fabrica aproximadamente litro y medio de orina al día, manteniendo el medio interno con su ph normal (índice de acidez y alcalinidad de una solución), la presión osmótica y composición iónica, que separa, los productos finales del metabolismo (Gordillo, Mota y Velásquez, 1976; Gordillo-Paniagua y Hernández, 1991).

1.3. – Clasificación de la Insuficiencia Renal.

Insuficiencia Renal Aguda (IRA).

En el inicio del padecimiento, la supresión del funcionamiento renal es brusco, los pacientes sufren de disminución drástica de la masa de nefronas, puede depender de diversas enfermedades que afectan el parenquimia renal o la obstrucción de las vías de eliminación, que incluye alteración de gran parte de las funciones metabólicas-endocrinas, éstas dependen del riñón. Por lo general los pacientes padecen de desnutrición aguda debido a que los carbohidratos, grasas y proteínas no son metabolizados y se da un gran gasto de energía. La porción más afectada, en la mayoría de los casos, se localiza en la nefrona. La IR se genera a partir de la incapacidad de los riñones de mantener la normalidad de la composición del medio interno. Si se detecta el padecimiento en esta etapa, es reversible y susceptible de curación, de lo contrario evolucionará a la etapa de IRC (Abram, 1969).

Cuando funciona un solo riñón o parte de uno, el organismo puede conservar la capacidad y mantener en buenas condiciones las funciones reguladoras (función excretora basal y biosíntesis). Pero si la capacidad funcional disminuye a menos de un tercio de lo normal es cuando se altera la constancia del medio interno entonces, se denomina IRC (Abram y Wadlington, 1971).

Insuficiencia Renal Crónica (IRC).

La insuficiencia renal crónica o urémica (IRC), es resultado del deterioro progresivo de la estructura anatómica renal, lo cual interfiere con el funcionamiento y el mantenimiento de la homeostasis, desencadenando intoxicación endógena permanente y gradual (Gordillo, 1981).

Al desarrollarse la enfermedad, se presentan síntomas tanto de uremia como azoremia, generalmente, hipertensión, anemia, intolerancia a los carbohidratos, hiperuricemia, hipertrigliceridemia y disfunción para elaboración de orina concentrada, lo que ocasiona poliuria, nicturia y anorexia, que en su fase avanzada produce náuseas, fatiga, lasitud. De esta forma el organismo queda desprotegido ante la infección intercurrente, obstruyéndose las vías urinarias, lo que provoca deshidratación además si es necesario emplear fármacos se afecta aún más la función renal.

Paralelamente, la pérdida en la masa de nefronas confirma la IR, que ocasiona la alteración de los aparatos digestivo, circulatorio y nervioso (Farmer, Snowden y Parson, 1979).

Debido a lo anterior el aspecto físico del enfermo se ve alterado; baja de peso y palidece (el color de la piel toma un aspecto parduzco), la cara se redondea por exceso de grasa. Esto ocasiona, en la mayoría de los pacientes, el desarrollo de problemáticas psicológicas.

1.4. – Causas

La IRC, es el síndrome resultante de la destrucción progresiva no reversible de nefronas el inicio de la enfermedad puede variar de acuerdo a la historia de cada paciente, algunos presentan enfermedades renales como: primarias, enfermedades

sistémicas y hereditarias las causas más comunes según Gordillo-Paniagua y Hernández, (1991) son:

a) Enfermedades renales hereditarias

- enfermedad renal poliquística
- enfermedad quística medular
- nefritis hereditaria

b) Traumatismos renales

- golpes, heridas penetrantes
- procedimientos quirúrgicos
- Infecciones renales
- bacterias
- tuberculosis

d) Intoxicaciones

- hongos venenosos
- tetracloruro de carbono
- fenacetina mercurio
- sulfamidas
- etilenglicol
- oro
- plomo

e) Desórdenes metabólicos endocrínicos

- diabetes
- gota
- sarcoidosis

f) Enfermedades circulatorias

- arteroesclerosis o enfermedades hipotensivas
- estenosis de arteria renal

g) Trombosis de vena renal

h) Enfermedades inflamatorias del tejido conjuntivo

lupus eritematoso diseminado

poliarteritis

granulomatosis de Wegner

escleroderma

púrpura trombótica trombocitopénica

i) Enfermedades neoplásicas

linfoma

enfermedades mieloproliferativas

mieloma múltiple

carcinoma

j) Enfermedades inmunológicas

glomerulonefritis

síndrome nefrítico

Algunos nefrólogos clasifican seis grupos principales para el estudio de la insuficiencia renal crónica:

1. Diabetes

2. Hipertensión

3. Glomerulonefritis

4. Quistes

5. Pielonefritis

6. Urológicos (problemas obstructivos en las vías urinarias, principalmente y crecimiento prostático).

Asimismo se le clasifica por estadios psicósomáticos, de acuerdo a la gravedad de la enfermedad.

En el primer estadio se da la disminución de la reserva renal, aproximadamente 60% de la masa nefronal.

En el segundo estadio el paciente es asintomático, porque las nefronas supervivientes se adaptan a las necesidades del organismo. Burton; Conleg, Lindsay, Wai, y Richmond, (1986), señalan que la detección de la IRC, es por medio de pruebas de laboratorio, que muestran ligera anemia; en este estadio, si el organismo sufre un procedimiento invasivo; como una infección, intervención quirúrgica, deshidratación o una hipertensión, podría precipitar cambios negativos importantes en la función renal.

En el tercer estadio, la posibilidad de muerte aumenta, clínicamente se define como "uremia", el deterioro de nefronas es mayor al 50% en la estructura anatómica renal y no se realiza la homeostasis correctamente ocasionando intoxicación, las consecuencias son letargo y confusión mental, resultado de las alteraciones que se dan en el Sistema Nervioso Central (SNC), producto de la enfermedad.

1.5. – Síntomas

Son múltiples, todos los órganos y sistemas involucrados están afectados. La variación en los pacientes depende de la enfermedad primaria que originó la IR, sin embargo, existen síntomas frecuentes y generales como astenia, adinamia, debilidad, mareos, hiporexia, cese o disminución del crecimiento a causa del desgaste de tejido muscular y esquelético, cefalea, dolor abdominal, lumbar o suprapúbico y palidez.

La sintomatología del aparato urinario, depende de la etiología, hay incapacidad de concentrar orina, oliguria, anuria, nicturia, enuresis, hematuria, pueria, poliaquiuria y disuria. A causa de los disturbios hidroelectrolíticos y acidobásicos se presenta edema, estados de retención de sales, acidosis metabólica, hipocalcemia y como resultado de esto, desmineralización ósea (Allegra, Mengozzi y Vasile, 1991).

El aparato digestivo, se altera ocasionando aliento "urémico", vómito, diarrea y en la esfera cardiovascular se puede dar hipertensión arterial si ésta se prolonga puede producir cardiopatía hipertensiva, insuficiencia cardíaca, congestión pulmonar,

edema pulmonar agudo y neumonitis urémica. En el sistema hematológico, el síntoma principal es la anemia, si sigue avanzando se desarrollan alteraciones en la coagulación sanguínea, presentándose sangrados, melena, epistaxis, petequias y esquimosos (Burton et. al., 1986).

El Sistema Nervioso Central (SNC), se daña por la toxicidad del organismo, los daños se agrupan en dos clases: primera, funciones mentales superiores y nivel de conciencia afectada; segunda, desajustes motores.

Para Chapman y Cox (1977), las consecuencias del daño en el SNC son: disminución del rendimiento intelectual en la capacidad de concentración, insomnio, cefalea, irritabilidad, apatía, convulsiones ocasionales, y estados psicóticos. En el sistema nervioso periférico (SNP), se produce neuropatía periférica, manifestada por parestias, fasciculaciones y debilidad muscular, que puede progresar hasta la atrofia.

En el aparato reproductor; el desarrollo sexual en adolescentes está retardado o no se presenta, si ya se produjo; en la mujer hay amenorrea, metrorragias en los estados avanzados y pérdida de la libido en ambos sexos (Christensen, Benotsch, Wieber y Lawton, 1995).

Las consecuencias oftalmológicas, son resultado de la hipertensión arterial, como ceguera además de ser susceptibles al incremento de infecciones severas (Gordillo, 1981).

1.6. – Tratamiento.

En este padecimiento se realizan tres modalidades: Diálisis Peritoneal Crónica Intermittente (DPCI), Diálisis Peritoneal Continua ó Ambulatoria (DPC ó A) y Hemodiálisis.

D P. La diálisis consiste en la separación de moléculas pequeñas de otras de mayor tamaño. El proceso se lleva a cabo por difusión (paso de solutos de una región de alta concentración a una de baja concentración) y ósmosis (movimiento de las moléculas de un líquido a través de membranas semipermeables).

Lowry y Atcharson (1980), expresan que la DP se efectúa en dos formas intermitente y ambulatoria ambas requieren de la colocación de un catéter; éste puede ser flexible de silástico (plástico) o rígido, el flexible reduce el sufrimiento psicossomático, da mayor libertad de movimientos y menos complicaciones por ejemplo, que se mueva lo que generaría la necesidad de reacomodar o cambiarlo con mayor sufrimiento psicossomático y costo económico por utilización de instalaciones hospitalarias y personal especializado.

La colocación del catéter (sonda de 35 centímetros de longitud), se lleva a cabo en la cavidad peritoneal, localizada en el abdomen, a 2.5 centímetros por debajo del ombligo, con la finalidad de drenar e infiltrar. A través de él se administran soluciones dializantes, con una concentración normal de electrolitos en la cavidad peritoneal (red capilar donde circula la sangre que envuelve al peritoneo éste es una membrana semipermeable), por medio de cambios de concentración osmótica se restaura la composición interna del organismo (Oksaca, Ahonen, Pasternack y Marnela, 1991).

El catéter se coloca de dos formas, con trocar (perforación) o con operación quirúrgica. En la perforación el catéter es rígido, se lleva a cabo cuando el paciente se encuentra gravemente intoxicado. La colocación requiere de hospitalización entre 24 a 36 horas, esto depende del estado de gravedad. La operación quirúrgica se practica para las posteriores dializaciones y en pacientes que no se encuentran en estado crítico (Paganini, 1994).

Diálisis Peritoneal Crónica Intermite (DPCI).

Esta modalidad se lleva a cabo en las instalaciones hospitalarias la duración de este procedimiento es de diez o doce horas por sesión. Se efectúa de preferencia durante la noche, con la finalidad de que el enfermo pueda realizar sus actividades con el menor contratiempo posible.

El paciente al dializarse se conecta por medio del catéter con los tubos de plástico que conducen a frascos con solución; se tienen que recambiar de ocho a diez

veces dicha solución, o se hospitaliza de uno a dos días para realizar 36 cambios, con un intervalo de cuatro a diez días entre cada hospitalización.

Los inconvenientes de este procedimiento son mayor sufrimiento e incluso muerte, la causa es el deterioro somático en menor tiempo por acumulación de toxinas; lo que genera alteraciones; metabólicas, psíquicas (seguridad en la vida), familiar y social (separaciones de familiares y amigos por hospitalización), dependencia del ambiente médico-hospitalario con altos costos hospitalarios. Al avanzar el padecimiento requiere diálisis con mayor frecuencia, a causa de que se disminuye la eficacia de éstas (Ceballos y Garduño, 1991).

Díálisis Peritoneal Continua ó Ambulatoria (DPC ó A).

En esta modalidad no se requiere de instalaciones hospitalarias, o de personal especializado, el paciente y un miembro de su familia son entrenados. Para llevar a cabo la diálisis, se necesita un área específica dentro de la casa del paciente, la cual debe de cubrir los requerimientos adecuados; el espacio lo selecciona la familia y la trabajadora social, para que el paciente efectúe los recambios de solución, que se realizan cada cinco horas, dejando el último toda la noche. Este tratamiento tiene la ventaja de que la diálisis es casi continua, y el paciente se conserva mejor. Por otro lado, el enfermo y su núcleo familiar tienen mayor libertad de asistir a control clínico y de laboratorio; la desventaja de este método consiste en que en ocasiones hay descuido en la sepsia, o no se realiza el cambio en el lugar indicado, lo que acarrea complicaciones como infección peritoneal, que obliga a la hospitalización del enfermo, para ser tratado con antibióticos, si la peritonitis no se controla conduce a la muerte.

Los pacientes tratados con este método, opinan que requieren de mayor inversión de tiempo (no tienen días libres a la semana) y que su aspecto físico es peor, además de una gran preocupación por la bolsa y la línea o sonda

Hemodiálisis

Treviño, Erbesd, Velásquez, Zúñiga, Velásquez, Sánchez, Vázquez, y Monteón (1984), informan que los pacientes que son tratados con hemodiálisis, son

sometidos a una pequeña intervención quirúrgica para que, por medio de una fístula artereovenosa flexible de plástico, se cierre el circuito sanguíneo. Por lo general este método se realiza en un brazo, para que el paciente se pueda "conectar" a la máquina de hemodiálisis, y depurar la sangre; con frecuencia es necesario efectuar otras intervenciones quirúrgicas, debido a la esclerotización en las venas, (endurecimiento del área a causa de la fístula) por lo que el paciente tiene varias zonas de su cuerpo con cicatrices lo cual genera problemas psicológicos respecto a su imagen corporal.

Aspectos Psicológicos de la Insuficiencia Renal.

Los pacientes con IRC tienen un enfrentamiento con la enfermedad debido al tratamiento prolongado y tensión; esta puede generar un estado de crisis, el cual se caracteriza por una desorganización, negación, pérdida de control, disminución de autoestima, deseos de autodestrucción, inculpación, miedo; etcétera ó un impacto profundo y perdurable, a mediano y largo plazo.

De estas alteraciones psicológicas, las reacciones, de ansiedad constituyen un modo fundamental de respuesta en la adaptación normal a circunstancias ambientales de índole particular, las reacciones de ansiedad se asocian, a un efecto secundario, o a cierto grado de depresión (Ceballos y Garduño, 1991).

CAPÍTULO II

ANSIEDAD

La ansiedad es una emoción, se basa en la evaluación de una amenaza, que enlaza elementos simbólicos, anticipatorios y de incertidumbre. La ansiedad resulta cuando el sistema cognitivo no encuentra una relación que tenga significado con sus vivencias y su propio mundo (Lazarus y Averill, 1972).

Laplanche y Pontalies (1993), expresan que Freud concluyó que la ansiedad automática es una reacción del individuo cada vez que se encuentra en una situación traumática, sometido a una afluencia de excitaciones; éstas pueden ser de origen externo o interno y que, el individuo es incapaz de controlar

La teoría del aprendizaje postula que la ansiedad está condicionada por el miedo a estímulos ambientales específicos. El condicionamiento clásico, según Watson & Rayner identifican la ansiedad como respuestas condicionadas (RC) provocadas por estímulos condicionados (EC) que en el pasado estuvieron temporal y espacialmente asociados con hechos o estímulos traumáticos incondicionados (EI). (Vallejo y Díez, 1990).

Lewinsohn, Larson y Muñoz (1982), consideran que la ansiedad es una respuesta provocada por la amenaza de dolor de una pérdida significativa, de un fracaso, o por circunstancias nuevas.

Ravagnan (1981), señala que la ansiedad coincide con situaciones emocionales y se manifiesta ante la inminencia de un peligro que acontece o acontecerá, se desarrolla regularmente, en la indeterminación e inseguridad, además, expresa un estado de expectación ante el peligro que amenaza (la personalidad) esta situación, puede llegar a producir su disociación. También despierta en el individuo el sentimiento de ser inerte para luchar contra una amenaza de aniquilación y de agotamiento, que varía de acuerdo a cada situación emocional.

Beck (citado en Spielberger, 1972), conceptualiza a la ansiedad como un *estado* emocional específico, que consiste en sentimientos displacenteros:

nerviosismo, tensión y aprehensión, estos están asociados a la activación y excitación del sistema nervioso central autónomo.

Como podemos observar, ninguna definición coincide en su totalidad con otra y, sin embargo, existe un punto en común, todas manifiestan que la ansiedad se genera por un miedo o temor a "algo", también se resalta a la "incertidumbre" como una característica principal de la ansiedad. En general, la ansiedad se encuentra asociada al temor a algo situado en el futuro, que despierta en el individuo el sentimiento de ser inerte para luchar contra dicha amenaza (Ravagnan, 1981).

Al analizar las definiciones de Spielberger y Lazarus; se observa que ambas se complementan. Spielberger en su definición expone los elementos somáticos (percibidos por el organismo) mientras que Lazarus, analiza como un *proceso* a la ansiedad, opinando que es una emoción. Los elementos en su definición de *proceso* de la ansiedad son:

1. – Proceso Cognitivo: Evaluación o Valoración es el proceso cognitivo mediador entre la situación medio ambiental y la reacción emocional, que determina por qué y hasta qué punto, una relación o una serie de relaciones (entre el individuo y su ambiente) se perciben como amenazantes, si existe un elemento simbólico que se refiere al hecho de que las amenazas identificadas por la persona no son amenazas concretas o eventos inmediatos, sino temores relacionados con ideas, conceptos, valores o sistemas cognitivos que la afectan fuertemente.

2. – Procesos de Anticipación e incertidumbre: La anticipación es el temor que siente una persona de un evento futuro, generalmente, los procesos psicológicos involucrados en la anticipación del peligro o amenaza, son diferentes de los que ocurren durante y después de que se ha confrontado el peligro.

Otro elemento importante dentro de la ansiedad es la incertidumbre, ésta surge, no sólo, de la naturaleza exacta de la amenaza, sino de las consecuencias de ésta y lo que se puede hacer acerca de ella.

En efecto, si la ansiedad se analiza como *proceso*, surge en tres momentos: dos de evaluación y otro de una reevaluación.

En el primer proceso de evaluación, el organismo hace un juicio acerca de (los contrastes) si la situación es relevante o irrelevante, benéfica o perjudicial.

Durante el segundo proceso de evaluación, el sujeto elabora un juicio acerca de la forma de conducta activa, para vencer por anticipado al peligro o facilitar el beneficio potencial.

En el tercer proceso de evaluación, se reevalúan (vuelven a evaluar tanto la situación como las formas de conducta; tomando en cuenta los cambios de las dos evaluaciones primeras tomándose como base los nuevos indicadores de la reevaluación (retroalimentación de respuesta, efectos de la misma y reflexiones) con apoyo de evidencia con la cual estuvieron basadas las evaluaciones originales.

De acuerdo con Lazarus y Averill, (1972); Spielberger, (1972) todas las evaluaciones son *procesos* intrapsíquicos, modos cognitivos de resolución de conflictos, denominados *mecanismos de defensa* que se realizan en función de dos clases de variables: una situacional y una disposicional.

Variable situacional. Se refiere a los elementos medioambientales que influyen en el proceso de evaluación. Esta está afectada por todo el contexto en el que se encuentra (el estímulo); pueden ser factores ecológicos (agentes tóxicos que alteran la capacidad del organismo para evaluar la información relevante).

Variable disposicional. Señala como tales: rasgos de personalidad, actitudes, creencias, estilos cognitivos y recursos conductuales (que la persona presenta en el momento de la situación). Estas disposiciones son el resultado de la herencia biológica y cultural del individuo, que constituye su historia individual. Los resultados de la evaluación también pueden ser divididos en dos clases: la acción directa y los procesos intrapsíquicos.

En la acción directa, se encuentran los modos motrices de eliminar el daño o de provocar la gratificación. Entre estas conductas están la evitación, el ataque, la inmovilidad o el esforzarse para alcanzar una meta.

Lazarus y Averill (1972) opinan sobre la ansiedad, que es un estado de conciencia que se diferencia de otros estados emocionales; como tristeza o alegría, y puede ser comunicado al observador. De este modo, la ansiedad se confirma mediante la manifestación de tres clases de fenómenos: 1.- Manifestaciones conscientes del sujeto (que comunica al observador), alteraciones corporales, 2.- Alteraciones somáticas objetivables y 3.- Sensaciones subjetivas.

1. – Manifestaciones Conscientes: Son manifestaciones corporales; por ejemplo, una persona ansiosa, muestra: vacilaciones, dudas, titubeos motores, desorganización de la conducta motora dirigida hacia un objetivo, cese de movimientos, incremento en la tensión muscular, alteraciones de la emisión verbal; como temblor, carraspeos, lapsus, hiperactividad motora y tartamudeo, inestabilidad, disgusto entre otras.

2. – Alteraciones Somáticas Objetivables. Ciertos grados de ansiedad sirven al organismo como impulso para actuar; en ocasiones estos lo preparan para reaccionar en caso de peligro; lo que es útil para la sobrevivencia y adaptación, pero cuando rebasa los límites del individuo, suele resultar perjudicial para la salud y se refleja en enfermedades somáticas.

3. – Sensaciones subjetivas. Son sensaciones de incapacidad para realizar cualquier actividad física o mental.

Otros autores mencionan una serie de cambios:

a) Alteraciones Fisiológicas.- Durante la ansiedad, el organismo presenta activación de las glándulas sudoríparas, taquicardia, aumento en: presión arterial, actividad cerebral, tensión muscular, índice de coagulación en la sangre, dilatación de arterias principales, bronquios, pupilas, constricción en vasos sanguíneos periféricos, suspensión de la actividad estomacal, resequedad en la boca entre otras (Beck citado

en Spielberger (1972); Valdés, Flores, Tobeña y Massana (1983); Rose y Sachar (1984); Brown y Wallace (1989).

b) Cambios Metabólicos y Hormonales. El principal cambio metabólico que ocurre durante la ansiedad es la liberación de glucosa por el hígado, resultado de la secreción de una serie de hormonas con efectos hiperglucemiantes en el organismo; las hormonas que son liberadas en situaciones de ansiedad o peligro son las adrenocorticotrópicas, glucocorticoides, epinefrina, norepinefrina, vasopresina y tirotrópica, entre las principales (Mattlin, Wethington y Kusler, 1990).

Beck (citado en Spielberger, 1972), señala la importancia tanto de conocer el *estado* de ansiedad en las personas, así como, tomar en cuenta a la ansiedad como *rasgo* de personalidad para poder incidir en las diferentes problemáticas.

Fawcett y Kravitz (1983), reportan que los pacientes con ansiedad tienen manifestaciones referidas a la esfera psíquica (irritabilidad, hipervigilancia, preocupación excesiva) y somática, particularmente los asociados a trastornos neurovegetativos (sequedad de boca, temblores, tensión muscular, palpitaciones).

Es importante señalar que no existe solo una clase de ansiedad; difieren en su manifestación, origen, evolución y tratamiento. Una de las más frecuentes, es la que los psiquiatras conocen como ansiedad crónica generalizada (ACG), ésta es una forma de ansiedad persistente y difusa, que en casos graves domina la vida del enfermo (incapacitándolo para el desarrollo de una vida normal). Los otros tipos de ansiedad corresponden a los denominados trastornos de pánico o crisis de angustia, síndromes obsesivos-compulsivos y trastornos fóbicos (Symister y Friend, 1986).

Los autores arriba señalados, concuerdan en que la ansiedad es una emoción negativa, que provoca tensiones psicossomáticas; éstas se caracterizan por sentimientos de peligro, tensión y sufrimiento, debido a que el individuo no sabe bien que es lo que sucede o teme de algo, que supuestamente sucederá; este pensamiento activa al sistema nervioso simpático y repercute en la salud, provocando cambios de pensamientos y emociones tales como:

Pensamientos

- Ideas recurrentes
- Ideas irracionales
- Mal interpretación de situaciones
- Pérdida de claridad del pensamiento
- Pérdida de percepción social, etcétera.

Emociones:

- Mal humor
- Tristeza
- Orgullo
- Culpabilidad
- Ira
- Sensibilidad, etcétera.

La ansiedad es una sensación persistente de terror, aprensión o desastre inminente, que se presenta en forma no precisa (la persona, no puede referirse a objetos o incidentes específicos). El paciente ignora la fuente de su angustia y presenta respuestas somáticas que expresa con frases como; siento un nudo en la garganta, peso en el estómago, falta de aire, etcétera. Las personas con respuestas de este tipo muestran humor básico aprensivo y tienden a la depresión, que los vuelve, apáticos para dar ternura y afecto maduro (Lazarus y Averill, 1972).

De este modo Gross y Levenson (1992); así como Vallejo y Díez (1990) opinan que la reacción de ansiedad, tiene una eclosión bien definida que se presenta después de una o varias experiencias traumáticas. El estado de ánimo; se caracteriza por una anticipación temerosa exacerbada a veces, hasta un extremo de pánico, interiormente hay sensación de inquietud e incapacidad para la relajación. Existe un fuerte sentimiento de tensión de encontrarse en tirantez que se manifiesta objetivamente, en el tono muscular (pequeños movimientos involuntarios, apretar; mandíbulas, puños, tirarse de los dedos, caminar de un lado a otro, muecas). El sueño es intranquilo, intermitente en ocasiones con pesadillas por lo cual es

insatisfactorio. Estos pacientes tienen dificultad para realizar sus actividades normales, al tratar de concentrarse no lo logran con facilidad; la memoria y la capacidad de evocación se encuentran disminuidas. Se vuelven irritables e impacientes, disminuyendo su tolerancia a la frustración.

Treviño et. al., (1984); Rodríguez, (2002), mencionan que existen varios factores que tienen un papel considerable en la determinación de los estados de ansiedad, la edad tiene mucha importancia y en general, en padecimientos crónicos degenerativos como la IRC, la ansiedad es una constante; debido a cambios que sufre el enfermo en su estado de salud física y mental.

Burton, et. al., (1986), informa que al menos cuatro estudios han detectado relaciones estadísticamente significativas entre el incremento de síntomas depresivos y/o estado de ánimo y decremento en la supervivencia (sentimientos de desesperanza, ansiedad, preocupación), con dificultades somáticas y percepción de estrés (asociadas al procedimiento de diálisis). Los reportes tienen en común un cuadro de síntomas somáticos; que pueden ser causados por la uremia y/o psicogénicos de origen. Algunos signos comunes de la psicopatología son: apatía, poca concentración, anorexia, pérdida de peso, decremento de la libido, fatiga, patrones de pérdida de sueño, por ejemplo, pueden ser atribuidos al síndrome uremico en pacientes con IRC.

CAPÍTULO III

DEPRESION

Otra manifestación de cualquier enfermedad crónica degenerativa la representa la depresión, síntoma con múltiples alteraciones psicológicas y emocionales como: ideas recurrentes, irracionales, frustración, inseguridad, culpa, etcétera. La depresión es algo más que tristeza o nostalgia, la tristeza es un sentimiento que forma parte de la vida de las personas, sobre todo cuando las cosas van mal, en las personas que la padecen, la tristeza afecta sus diferentes roles sociales; los médicos lo llaman trastorno de ansiedad generalizada (TAG), la severidad, calidad y cronicidad de los síntomas de depresión y ansiedad son suficientes para llenar los criterios diagnósticos de trastorno: depresivo mayor y ansiedad generalizada en forma simultánea (Rehm, 1977).

La palabra depresión proviene del verbo latino *megro* (significa hundir, presionar hacia abajo), se emplea para señalar decaimiento del estado de ánimo. Las personas deprimidas se sienten incapacitadas y piden ayuda; en ocasiones se convierte en depresión profunda, pudiendo conducir al suicidio (Fawcett y Kravitz, 1983).

Los estados depresivos se clasifican por las características clínicas que sobresalen en cada caso.

Por su etiología pueden ser:

- a) Origen exógeno neuróticas (llamadas depresiones reactivas)
- b) Depresiones endógenas psicóticas (probablemente causadas por factores internos).

El origen de una afección psicológica por una vivencia dependerá del valor que le de cada persona (positivo o negativo), la vivencia puede ser objetivamente grave (una persona que se entera que esta enferma de IRC), si su valoración es positiva, su pensamiento puede ser; que es bueno enterarse lo antes posible para tomar medidas pertinentes; al contrario, si es susceptible en exceso, o su susceptibilidad esta

aumentada por alguna otra causa, será más propenso a la afección psicológica (Ellis y Abrahams citado en Aduna, 1998).

La depresión endógena, es melancolía caracterizada por ausencia de estímulos ambientales desencadenantes, su origen es atribuido a factores genéticos hereditarios-constitucionales, (causas biológicas, trastornos de las neurohormonas). Las neuronas sufren cambios en las propiedades de las membranas, como variaciones en los niveles de algunos neurotransmisores u hormonas (intoxicaciones por abuso de sustancias alcohol o drogas entre otras). Su aparición puede ocurrir súbitamente y sin antecedentes familiares previos a la enfermedad (Fawcett y Kravitz., 1983).

La depresión reactiva puede clasificarse, según su duración y origen. Beck, Ward, Mendelson, Mock, y Erbaugh, (1961) y Mendels, (1982) señalan que por su profundidad y origen se clasifican en: episodio; máximo dos meses y trastorno; más de dos meses. Además, se considera, si presenta graves oscilaciones hacia el estado maniaco (depresión bipolar) o, si se manifiesta por depresión únicamente (depresión unipolar).

Las alteraciones depresivas se ubican en un espacio relacional (respecto a su contexto); son esquemas de razonamiento, verbalización, comportamiento e incluyen trastornos del área afectiva; como grados variables de tristeza (debido a una pérdida culpa y vergüenza); por errores pasados y vergüenza por no estar a la altura de un objetivo personal, elementos que manifiestan un estado depresivo caracterizado por hostilidad y conductas que los alejan de relaciones interpersonales (Libet y Lewinsohn, 1973).

Las funciones sensorio-perceptivas con frecuencia están afectadas (es necesario, repetir al paciente las preguntas dos o tres veces para obtener una respuesta) por disminución en la capacidad de atención y concentración esto repercute sobre la memoria, dado que la fijación y los recuerdos (cuando hay) se realizan en forma superficial. Se dificulta evocar recuerdos almacenados (se manifiesta por no poder representar un hecho y encontrar la palabra precisa en el momento deseado). Las

personas deprimidas presentan básicamente alteraciones de la afectividad, caracterizadas por diversos rasgos como son: tristeza, inmovilidad, pesimismo (Calderón, 1987).

Tristeza persistente y relativamente impermeable a influencias exteriores, cosas que antes pudieron haber estimulado el ánimo del individuo, ahora abatido, no son efectivas. Se presentan dos tipos de abatimiento; ligero (indiferencia) o extremo (pérdida gradual y cada vez mayor de los intereses) (Calderón, 1984).

El paciente deprimido está inmóvil, retraído, infeliz, pesimista, se desprecia, sin ánimo y desesperanzado. Con una actitud afectiva de desaliento y pesimismo que proyecta (refleja su triste perspectiva de la vida). Se siente rechazado y sin afecto. Con frecuencia la aflicción está relacionada con situaciones problemáticas que al ser evaluadas, lo hace erróneamente o irracionalmente y en otras ocasiones se encuentra pesimista en relación con problemas (con frecuencia se ve pensativo o triste) (Bakish, 1999).

El paciente cuando se refiere a su tristeza, utiliza adjetivos calificativos como: desesperado, solitario, infeliz, humillado, avergonzado, preocupado, inútil o culpable entre otras. Cuando la depresión no es grave, surge un sentimiento de infelicidad que fluctúa durante el día, si ésta se acentúa, se incrementa por las mañanas y disminuye por las tardes. La tristeza puede ir acompañada de llanto, pero hay pacientes que son incapaces de llorar (el síntoma puede no ser tan aparente, en las llamadas depresiones sonrientes) el enfermo acude al médico con quejas somáticas, su pensamiento está inhibido; el resultado es: se muestra alegre, cuenta chistes, bromea (en general no da apariencia de deprimido), a este cuadro se le conoce como depresión enmascarada y con frecuencia pasa desapercibida (Lazarus, Kanner y Folkman, 1980).

Se observan episodios de pesimismo, que dan origen a sentimientos de devaluación personal; estos se manifiestan con frases como: "soy un inútil", "para mí ya no hay nada", "todo lo hago mal", "mi vida no tiene sentido", etcétera. Estas verbalizaciones negativas conducen a una respuesta conductual, (que es una

reacción psicológica) y se desarrolla a partir de pensamientos irracionales o erróneos, sus características son: oposición, que es la resistencia a todo lo que se le sugiere, falta de obediencia a las peticiones de respetar su dieta, no valora los esfuerzos que se hacen por cuidarlo (rechazo a la adherencia terapéutica), negándose a cooperar con el tratamiento por creer que nadie puede ayudarlo y no vale la pena luchar. Otro síntoma frecuente es la inseguridad y pesimismo que generan dependencia hacia familiares y personal hospitalario.

Beck, Rush, Shaw, y Emery, (1979); Cohen y Bemporad (1990) y Bakish (1999) reportan que el paciente se siente indigno e incapaz de realizar conductas que produzcan satisfacción personal que acabe con su sufrimiento. Pierde iniciativa por creer que cualquier acción que realice va a tener un resultado nulo o negativo y no actúa por temor a que el resultado le vaya a producir más dolor .

Consecuencias de la depresión:

1. – Suicidio.- Los impulsos suicidas suelen darse en los estados más severos de la depresión. Las personas con ideas suicidas tienen una intensa sensación de carencia de afecto y amor (un profundo sentimiento de rechazo). La tentativa de suicidio es motivada por el deseo de vengarse o por la desesperanza; esta conducta en la mayoría de los casos es consecuencia de pensamientos erróneos o irracionales que generan sentimientos de abandono; el suicidio es un medio de imponer su voluntad y vengarse. La mayoría de los suicidas sufren actitudes de auto desprecio, sentimientos de gran desesperanza e indefensión.

Investigaciones de este tipo se han extendido a ambientes clínicos, en el estudio de Lewinsohn, et. al., (1982), se pudieron apreciar los factores que discriminan a sujetos depresivos, de sujetos control estos son:

- 1.- Predeterminación para ser infeliz.
2. - Auto culpa por fallas cometidas.
3. - Ser juzgado y valorado con base en los éxitos alcanzados.
4. - Reacciones emocionales a la frustración.

Beck et. al., (1979) sostienen que en individuos deprimidos esta presente la triada cognoscitiva (punto de vista negativo y distorsionado en relación a sí mismos, su medio ambiente y futuro con tendencia a desvalorarse) por lo cual matizan sus interacciones con pesimismo y privación.

Estos autores reafirman que los patrones cognitivos son reglas rígidas y creencias absolutas; ambas se integran, dan significado, valor al conjunto de datos y situaciones (que conforman la experiencia y contribuyen a mantener la validez de ideas negativas en el deprimido), a pesar de la evidencia ambiental contradictoria. En el deprimido surgen pensamientos automáticos distorsionados que se diferencian de los pensamientos racionales o ideas adaptativas.

En general la actividad motriz se encuentra aletargada. Las alteraciones del intelecto y de la afectividad arriba señaladas dan lugar a trastornos conductuales, (la productividad disminuye al mínimo, el aseo personal decae y la apatía progresiva hace que el paciente no se quiera levantar; rendimiento deficiente; autoridad y capacidad de mando se embotan).

Calderón (1987), señala algunos signos y síntomas depresivos:

Estado de ánimo:

- Tristeza, insatisfacción, abatimiento, llanto (en la mayoría de los casos)

Pensamiento:

- Ideas irracionales o erróneas, de culpabilidad, pesimismo

Auto acusación:

- Pérdida de interés y motivación con sentimientos de impotencia y culpa exagerada.
- Disminución de la eficacia y de la concentración

Aspecto:

- Negligencia en el aspecto personal
- Retardo psicomotor
- Agitación

Síntomas somáticos:

- Pérdida del apetito

- Pérdida de peso
- Estreñimiento
- Sueño poco profundo
- Dolores y males
- Alteraciones de la menstruación
- Pérdida de la libido
- Fatiga espontánea
- Tensión muscular

Rasgos de ansiedad:

- Inquietud o alteración emocional
- Conducta suicida
- Pensamientos suicidas
- Intentos suicidas.

Ellis, (1987) menciona que Beck tiene evidencia empírica sobre las sintomatologías arriba señaladas y éstas dan sustento al modelo *triada cognitiva* o de depresión (patrones cognitivos, disfunciones y serie de errores del procesamiento en la información) que llevan a desarrollar el humor depresivo.

En los años 70's Beck, investigo sobre la depresión y considero como causa primaria de ésta a las "distorsiones cognitivas" porque éstas se apartaban de las cogniciones de los individuos del grupo control, quienes presentan una manera realista de pensar (realizar cogniciones e interpretar la realidad con cierto consenso sobre la misma). También fundamentó que todas las formas de psicopatología presentan algún grado de desorden cognitivo así mismo Folkman, (1984) investigó sobre el proceso de información, sus trabajos son aproximaciones cognitivas sociales con modelos de "procesamiento de la información", postula que los individuos depresivos tienen puntos de vista negativos sobre sí mismos, el mundo y el futuro (triada cognitiva), donde estructuran, interpretan, organizan y procesan la información en forma negativa y distorsionada, cuyas consecuencias son incremento de la depresión.

Autores como Beck y Ellis, sostienen que la reacción afectiva está mediada por la evaluación cognitiva de la experiencia, aunque en el enfoque de Ellis, en lugar de hablar de patrones cognitivos estables (triada cognitiva), se postula la existencia de ideas irracionales (se caracterizan por creencias que etiquetan un suceso en *deber*, *esquematisar* y *dramatizar*), estas son etiquetas arbitrarias y autoderrotantes que surgen básicamente a partir de diez ideas irracionales o constructos cognitivos (juicios, opiniones rígidas y absolutas que no se ajustan plenamente a la realidad), las cuales se activan en áreas críticas para la persona como son: *aceptación-rechazo*, *éxito-fracaso*, *felicidad-infelicidad* (Beck et. al., 1979), como se puede apreciar, este modelo tiene elementos en común con el modelo para la adquisición de disturbios psicológicos que postulan Ellis y Whiteley (citado en Aduna, 1998).

Circunstancias de salud física pueden aumentar la tendencia a la ansiedad y depresión, ejemplo de esto; son los pacientes con IRC, su disminución de energía se debe a la relación directa de baja en hematocitos, privación de sueño, y disfunción cognitiva sutil, por encefalopatía urémica leve. Ceballos y Garduño (1991) reportan que el 100% de pacientes renales padecen depresión y 63% ansiedad.

Los pacientes IRC requieren de un conjunto de habilidades para poder contrarrestar efectos psicosomáticos y determinar si un evento en particular constituye una fuente de tensión (ésta inicia un proceso activo entre el individuo y su ambiente), con la finalidad de abordar al evento y así, reducir la tensión; a este proceso se le denomina "afrontamiento".

CAPÍTULO IV AFRONTAMIENTO

Para comprender salud y enfermedad psicológica, se necesita el desarrollo de estructuras predictivas que vinculen; adaptación y susceptibilidad con factores de resistencia psicosomática (para analizar, evaluar y medir las diferentes formas e intentos individuales) con que se enfrentan los acontecimientos de la vida e identificar y limitar los diferentes tipos de afrontamiento.

El afrontamiento ha sido considerado como procesos dirigidos a la moderación del impacto de eventos vitales (sobre el funcionamiento físico, social y emocional), debido a que el afrontamiento de cada persona varía, no es estático, tiene intensidad, claridad y evaluaciones que dependen de la información de cada individuo y de su personalidad, por ejemplo; una misma situación en la vida de dos personas puede ser valorada, en forma opuesta (alarmante y negativa para una de ellas y como información positiva para la otra), debido a las diferentes estrategias de afrontamiento utilizadas por ambas (Lazarus, 1966; Lazarus y Folkman, 1991).

El concepto de afrontamiento, deriva de dos corrientes distintas:

- a) modelo experimental animal (influido por las teorías de Darwin)
- b) modelo psicoanalítico del yo.

En el modelo experimental, su eje central es drive, arousal o activación y define al afrontamiento como actos para controlar condiciones aversivas (conducta de evitación o huida) que disminuyen el grado de drive o activación (este modelo, excluye el afrontamiento cognitivo y mecanismos de defensa).

Lazarus y Folkman (1991), señalan que el modelo psicoanalítico del yo, surge de la psicología del ego y relaciona cognición con procesos para evaluar situaciones conflictivas, identificando jerarquías y estrategias, que van desde mecanismos inmaduros (primitivos) que producen distorsión de la realidad, hasta mecanismos más evolucionados, donde se resaltan rasgos de afrontamiento (características

individuales que predisponen a reaccionar de una forma determinada), sobre los *procesos*. La diferencia entre estos modelos es el modo de percibir, además de considerar la relación entre individuo y su entorno e incluye varios *procesos* utilizados por el individuo para manipular la relación con su entorno.

Para describir aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que las personas emplean en la interpretación y el manejo de circunstancias estresantes particulares, conocidas como afrontamiento, existen varias definiciones, las más comunes son:

1. – Lazarus y Folkman (1991) consideran que afrontamiento son intentos o esfuerzos encaminados a manipular las demandas del entorno, para dominar una nueva situación, que puede ser; potencialmente amenazante, frustrante, desafiante o gratificante. La adaptividad de una estrategia; estará dada por el contexto (conductas de negación), las cuales pueden ser adaptativas, en cierto sentido, en algunas situaciones y/o fases de la situación; el afrontamiento no es el dominio sobre el entorno, sino la capacidad personal para tolerar, minimizar, aceptar, e incluso ignorar (aquello que no puede dominar). Son el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales en permanente cambio que se desarrollan para hacer frente a demandas específicas externas y/o internas, evaluadas como abrumadoras o desbordantes de los propios recursos.

2. – Moos, Cronkite, Billings y Finney (1986) explican, son conductas, cogniciones y percepciones que emplea el individuo cuando confronta los problemas de la vida diaria y protegen o moderan de manera importante el impacto social.

3. – Billings y Moos (1981), refieren son intentos del individuo para utilizar recursos personales y sociales que lo ayuden a manejar reacciones de estrés y a realizar acciones específicas para modificar los aspectos problemáticos de su medio ambiente.

4. – Antonovsky (1979) señala, el afrontamiento es un conjunto de respuestas conductuales efectivas; aprendidas, para disminuir el grado de arosual mediante la neutralización de una situación peligrosa o nociva.

5. — Averill (1973) puntualiza el logro de una disminución gradual de la *respuesta del organismo*, tanto en los experimentos con animales como con seres humanos, es lo que llamamos afrontamiento.

Lazarus y Folkman (1991) señalan que el concepto de afrontamiento ha tenido importancia por más de 40 años, primero se conceptualizó como organizativo en la descripción y evaluación clínica; actualmente es central en psicoterapias e investigaciones, su objetivo es identificar recursos personales y ambientales relacionados con la forma de permanecer saludable durante periodos de vida estresantes.

Holahan y Moos (1987) con base en estudios realizados para comprender salud y enfermedad psicológica, indican que la forma de reaccionar (actividad de afrontamiento) debe diferenciarse de la conducta adaptativa automatizada y de la reacción (comportamiento) porque la conducta es producto de un esfuerzo, que se convierte en automático, cuando actúan los procesos de aprendizaje e intrapsíquicos así como factores conductuales de afrontamiento (percepción de auto eficacia, habilidades sociales, autonomía, apoyo social, entre otras) porque se interrelacionan e influyen.

Existen distintas formas de afrontamiento que varían con las diferentes etapas de la vida. El afrontamiento sirve para dos funciones: manipular o alterar el problema (afrontamiento dirigido al problema) y controlar la relación problematizada persona-ambiente (búsqueda de información para solucionar) por medio de decisiones y/o acción directa (intentos para modificar o eliminar el estrés) y a través de la propia conducta regular la respuesta emocional (afrontamiento dirigido a la emoción) y la respuesta conductual (afrontamiento conductual activo) los cuales se influyen potenciándose o interfiriendo (Antonovsky, 1979, Lazarus, 1980; Pearlin y Schooler, 1978).

El modo de afrontamiento de un individuo está determinado por sus recursos o capacidades somáticas (salud y energía física), creencias existenciales (fe en un Dios), creencias generales (control, motivación, recursos, habilidades psicosociales,

auto-estima, sentimientos, percepciones, comunicación verbal y no verbal, actitudes ante el contacto interpersonal).

Las vías por las que el afrontamiento puede dañar la salud son: frecuencia, intensidad, duración y tipo de reacciones neuroquímicas al estrés (uso de sustancias nocivas), obstaculización de una conducta adaptativa en relación con salud y enfermedad; por ejemplo, la indefensión aprendida es factor causal de enfermedades somáticas.

Lazarus y Folkman (1991), señalan que existen tres estrategias menos adaptativas para tratar con problemas a corto plazo: afrontamiento de evitación, afrontamiento cognoscitivo activo y revaloración, en contraste con el afrontamiento conductual activo, afrontamiento versátil y religión (estrategias más adaptativas) sin embargo, ninguna estrategia es mejor, lo importante es la adaptación de una estrategia en función al contexto.

Clasificación de afrontamiento.

Las más conocidas son: Lazarus (1984); Moos, et. al., (1986) estos autores describen tres estrategias generales de afrontamiento; cognitivo-activo, conductual-activo y evitación.

Afrontamiento cognitivo-activo o afrontamiento centrado en la valoración; son intentos activos que hace la persona para analizar su evaluación, además de revalorar la dificultad del evento, trata de entender y encontrarle significado al acontecimiento crítico, modificando el significado de la crisis, comprendiéndose la amenaza provocada por la situación. Esto se realiza por medio de ensayos mentales para las alternativas de acción y las probables consecuencias, tomando en cuenta, la capacidad de anticipación.

Un evento crítico es más fácil de manejar, si se encuentra un propósito general o significado al acontecimiento, esto permite diseñar expectativas con perspectivas a largo plazo, como resultado, el evento es más manejable, la revaloración permite que una persona acepte la realidad (de la situación), reestructurándola para encontrar

algún factor favorable, por ejemplo; pensar que la situación pudiera ser peor, compararse con otras personas menos afortunadas (centrándose en atributos personales que lo ubiquen en ventaja), cambiar valores y prioridades (adecuándolos a la realidad del momento) además de pensar en aspectos positivos que permitan un crecimiento y/o desarrollo personal que disminuya la crisis (Lazarus y Folkman, 1991).

Afrontamiento conductual-activo: Involucra acciones que permiten a la persona eliminar o reducir las demandas, que la crisis exige e incrementa recursos necesarios para manejarla. Son intentos conductuales (respuestas representativas) para tratar directamente con el problema y sus efectos por ejemplo, tratar de conocer más sobre la situación y llevar a cabo acciones para resolverla, hablar con familiares, amigos o profesionistas sobre el problema, elaborar y seguir un plan de acción determinado, esto es, incorporarse a grupos especiales dentro de organizaciones, grupos que experimentan o padecen algún tipo de crisis específica.

Afrontamiento de Evitación: Intentos cognoscitivos o conductuales que tienen como finalidad aminorar el grado del trastorno emocional y evitan, enfrentar o confrontar de forma activa y directa el problema. La atención es selectiva (se le asigna un significado a largo plazo), y la tensión emocional es canalizada por medio de conductas que no ofrecen una solución, como fumar, comer más, fantasear, distanciando, negando, minimizando y reduciendo la seriedad de una crisis, en caso extremo hay omisión consciente del evento ocurrido, estos son mecanismos de defensa (negación, aislamiento, desplazamiento, etcétera), respuestas de autoprotección ante la ansiedad.

El afrontamiento dirigido a la emoción o de tipo evitativo no conlleva un valor constructivo (equivalen a un auto-engaño que alivia temporalmente la sobrecarga de ansiedad) es más primitivo (porque no ayuda a resolver o a entender la crisis sólo desplaza la solución del conflicto) desesperado, regresivo y limita el afrontamiento dirigido al problema sin embargo, en algunos casos puede proporcionar el tiempo necesario para adquirir otros recursos personales de afrontamiento.

Moos (1977), observó que el afrontamiento cognitivo (búsqueda de información y solución de problemas) es útil para manejar estresores crónicos y agudos. Identificó en diferentes grupos de adultos, tanto sanos como de pacientes, que cuando utilizan el afrontamiento cognitivo, se genera un mejor ajuste marital, ocupacional y tienen altos puntajes en criterios de salud mental (productividad y felicidad)

Averill (1973); Silver y Wortiman (1980), opinan que la función fundamental del afrontamiento es la solución de problemas y facilitar la toma de decisiones y/o la acción directa para eliminar los estresores tanto las estrategias centradas en el problema como las centradas en la emoción actúan de forma complementaria.

Cuando el paciente reporta afrontamiento centrado en el problema (causante de la enfermedad, o en la enfermedad) y es orientado a modificar algún aspecto de la situación estresante, puede estar asociado con una o más metas emocionales favorables para el padecimiento y ofrece mayores posibilidades de control con resultados más positivos.

Lazarus (1984), reporta que los pacientes con IRC, bajo hemodiálisis, pueden incidir en el control sobre su ingesta sólida y líquida. No sobre las reacciones que conlleva la hemodiálisis como: baja de presión sanguínea, problemas de conexión vascular, náuseas, vómitos y calambres, es posible atenuar algunos de estos síntomas por medio de ejercicios de relajación. Hay características individuales que se asocian a la adherencia terapéutica, éstas incluyen habilidades de autocontrol, expectativas de control interno, autoeficacia y preferencia, estas se dan por un activo involucramiento en cuidados de la salud.

Es necesario emplear técnicas útiles disponibles como relajación y detección de ideas irracionales, para elevar la calidad de vida de los pacientes.

Lazarus sugiere que el valor adaptativo de un tipo particular en el afrontamiento parece estar en función de las características de cómo se considera el choque estresante (en contexto enfermedad-tratamiento). Específicamente, control de una

situación estresante ha figurado de manera prominente en la teoría e investigación del afrontamiento, como un factor contextual que puede estar determinado por la utilidad de una estrategia particular de afrontamiento.

La investigación en este campo indica las estrategias de afrontamiento centradas en el problema (valoración de alternativas) en términos costo-beneficio, selección y acción (orientadas a modificar algún aspecto de la situación estresante) se asocian con resultados más positivos (sólo si el choque es más receptivo para controlar los esfuerzos).

Para estresores incontrolables, estrategias centradas en la emoción (dirigidas hacia la regulación o reevaluación de la amenaza) son menos efectivas. Otros esfuerzos de afrontamiento como los que involucran la conducta agresiva, reflejan una función centrada en el problema y/o en la emoción, este tipo de afrontamiento puede ser desadaptativo respecto al control de la situación (Folkman, 1984).

Felton y Revenson (citado en Aduna, 1998), examinaron la noción, de cuando el paciente reporta afrontamiento centrado en el problema y concluyeron que éste puede estar asociado con una meta emocional favorable para la enfermedad y ofrece mayores posibilidades de control, (hipertensión, diabetes). El afrontamiento centrado en la emoción puede ser más adaptativo para enfermedades como: artritis reumatoide y cáncer; enfermedades poco controlables. Una limitación central de esta investigación (enfermedades consideradas), difieren en variedad de formas más allá del grado de control. Por lo cual Lazarus y Folkman (1991) proponen estudiar en contextos específicos; dentro de una población clínica homogénea (salud-enfermedad, funciones y adaptación) a través de diferentes choques estresantes (diferenciando del control) y su relación de afrontamiento tanto dirigidas a la emoción o al problema, tomando en cuenta todos los recursos para el afrontamiento.

Considerando los señalamientos anteriores, el objetivo del presente proyecto de investigación, consiste en identificar tipos de afrontamiento utilizados y su relación de ansiedad con depresión, que se observa en pacientes adultos con diagnóstico de insuficiencia renal crónica (IRC) en relación al grupo control.

Objetivos:

1. – Identificar tipo de estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica, en tratamiento de diálisis peritoneal ambulatoria.

2.- Determinar el grado de relación que puedan tener con ansiedad y depresión respecto a su enfermedad pacientes con diagnóstico de IRC, en comparación con un Grupo control.

3.- Analizar si existe relación entre; estilos de afrontamiento, grado de depresión y ansiedad en este tipo de pacientes con un Grupo de comparación.

MÉTODO

Sujetos

La selección de los sujetos se realizó a través de un muestreo intencional por cuota. Es decir: todo paciente que cubriera las características (del paciente con IRC), se consideró apropiado para admitirlo en la muestra. La misma lógica se aplicó para los sujetos sin padecimientos de IRC, que conformaron el grupo de contraste ambos grupos se describen a continuación:

Grupo experimental: Lo conformaron 119 pacientes del Servicio de Nefrología Clínica 25 del Hospital General Regional del Seguro Social, que se encontraban en tratamiento de diálisis peritoneal ambulatoria, incluyéndose pacientes de ambos sexos, cuyas edades fluctuaron entre los 16 y 77 años de edad, la selección fue al azar del total de pacientes en dicha modalidad de tratamiento cada tercer día se dio una breve explicación de la investigación (a los pacientes que en ese momento asistían a su cita) invitándolos a participar fijando día y hora para ampliar la información además de la aplicación de los instrumentos.

Grupo Control: Lo integraron 119 sujetos Control de acuerdo a los siguientes aspectos: género, edad, escolaridad y estado civil. El contacto se realizó en diferentes lugares de trabajo dándose una explicación sobre la investigación y su finalidad.

Escenario: La investigación se llevo a cabo en instalaciones del Servicio de Nefrología del Hospital General Regional Clínica 25 del Seguro Social, para los pacientes con IRC, y para la muestra del grupo de Control en sus lugares de trabajo.

Instrumentos:

Para evaluar el nivel de depresión se empleo el Inventario de Depresión de Beck, versión estandarizada por Jurado, Villegas, Rodríguez, Loperena y Varela (1998), el cual consta de veintiún reactivos, cada reactivo contiene cuatro oraciones cortas, en un continuo de respuestas en una escala del 0 al 3 (Anexo I).

A fin de determinar el nivel de ansiedad se aplico el Inventario de Ansiedad de Beck, versión estandarizada por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001), se conforma de veintiún reactivos con cuatro opciones de respuestas: 0) poco o nada, (1) más o menos, (2) moderadamente, (3) severamente (Anexo II).

Con el propósito de determinar estilos de afrontamiento, se empleo la sección de afrontamiento del Instrumento Salud y Vida Cotidiana (HDL), forma breve (anexo III), Moss, Cronkite, Billings y Finney, (1986). Este instrumento fue traducido y adaptado por Ayala, Aduna, Vázquez & Lozano (1998), ha sido aplicado en México por Cárdenas (1996); Cárdenas y cols. (1991); Aduna, Coffin, Díaz & Villa (1990); (1998), entre otros. Dicho instrumento consta de un total de 32 reactivos divididos en tres subescalas 1.- Afrontamiento cognitivo activo con 11 reactivos.

2.- Afrontamiento conductual activo, con 13 reactivos.

3.- Afrontamiento de evitación con 8 reactivos.

En un continuo tipo likert de cuatro puntos de 0 (no) hasta 3 (frecuentemente). (Anexo III).

Variables:

Variable Independiente: Insuficiencia Renal Crónica.- Definida como resultado del deterioro progresivo en la estructura anatómica renal, lo cual, interfiere con el funcionamiento y mantenimiento de la homeostasis, desencadenando intoxicación endógena permanente gradual y es diagnosticada por el nefrólogo (Gordillo, 1981).

Variable Dependiente: La integraron las siguientes:

Ansiedad: Aunque existen diversas aproximaciones para definir ansiedad, se eligió la definición de: "una emoción basada en la evaluación de una amenaza; evaluación que vincula elementos simbólicos, anticipatorios y de incertidumbre; la ansiedad resulta cuando el sistema cognitivo de la persona no es tan amplio para facilitar una relación significativa de la persona con su propio mundo" (Lazarus & Folkman, 1991, pág. 75), la ansiedad se caracteriza por sentimientos de peligro, tensión y sufrimiento, por algo que no se sabe bien que es, o por algo que supuestamente habrá de suceder, este pensamiento activa al sistema nervioso simpático repercutiendo en la salud, propiciándose cambios de pensamientos y emociones

Depresión: Melancolía caracterizada por ausencia de estímulos ambientales desencadenantes (endógena) y como una consecuencia directa de un acontecimiento ambiental doloroso, que en general implica una pérdida grave e irreparable (reactiva) Mendels, (1982).

Habilidades de Afrontamiento: definida como "intentos del individuo para utilizar recursos personales y sociales que lo ayuden a manejar reacciones de estrés y realizar acciones específicas, para modificar los aspectos problemáticos del ambiente" (Billings y Moos, 1981, pág. 4).

Tipo de Estudio:

De campo ex post facto, exploratorio y comparativo, con dos muestras de una sola medición independiente.

Es un estudio de campo el escenario fueron las instalaciones del servicio de nefrología, ex post facto, dado que el estudio se realizó posterior a la presentación de la IRC, exploratorio porque permitió una primera aproximación al estudio de la depresión, ansiedad y estilos de afrontamiento, como variables relevantes en pacientes con IRC, es comparativo en virtud de que se contrastaron a dos grupos uno de los cuales contenía la variable dependiente IRC, con una sola medición porque los instrumentos se les aplicó a ambos grupos solo una vez (Isaac, y Michael, 1977).

Procedimiento:

Los pacientes se contactaron en Servicio de Nefrología del Hospital General Regional Clínica 25 del Seguro Social, estos pacientes asistían a la modalidad de tratamiento de diálisis peritoneal ambulatoria y consulta externa en dicha unidad hospitalaria.

Primero se les citó para explicarles los elementos que constituirían la investigación, llevándose a cabo de la siguiente manera:

- a) Jerarquizando los síntomas y las complicaciones que hasta el momento se reconocen. Se relató, de que se trataba la aplicación de cada uno de los instrumentos y que, ésta sería de manera individual en ambos grupos.
- b) Se inicio con el instrumento de depresión, posteriormente con el de ansiedad y se finalizo con el de estilos de afrontamiento. Posteriormente, se contestaron todos los instrumentos, finalmente se les agradeció su disposición y participación.

Para el Grupo control se procedió de la siguiente manera:

Después de haber obtenido a los pacientes de IRC, se contactó a personas que tuvieran características similares en cuanto a edad, escolaridad y estado civil sin que padecieran IRC en sus lugares de trabajo (trabajadores que laboran para diferentes facultades en la UNAM) explicándoles en que consistía la investigación; objetivos, que se haría una sola aplicación, número de instrumentos y cuántos reactivos conformaban cada instrumento.

RESULTADOS

Con el objeto de identificar diferencias en ansiedad, depresión y estilos de afrontamiento entre pacientes con IRC y personas sin IRC se entrevistaron a un total de sujetos 238 (con IRC y sin IRC).

119 pacientes con insuficiencia renal crónica y del Grupo experimental; Grupo control 119 sujetos sin IRC. Sus características sociodemográficas se presentan a continuación:

En relación a la edad, se observó en la muestra de 119 pacientes que padecen IRC con edades comprendidas entre 16 a 77 años. Se obtuvo una edad promedio de $\bar{x} = 38$ años.

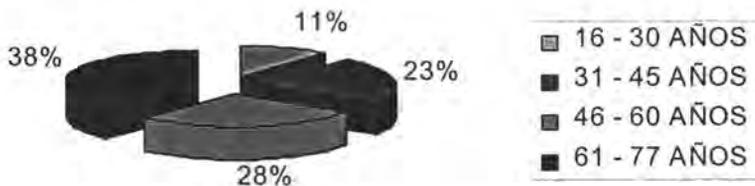
Para el Grupo IRC la proporción más grande correspondió a población de adultos mayores; edades entre 61 a 77 años de edad (37%), los sujetos de menor edad comprendidos en el rango de 16 a 30 años (13%), tienen la proporción más baja, como se presenta en la Gráfica 1.

Gráfica 1. Distribución de las edades Grupo IRC



El Grupo control se muestra en la Gráfica 2, se observa similitud con respecto al Grupo IRC.

Gráfica 2. Grupo control



Distribución del género del total de la muestra de pacientes

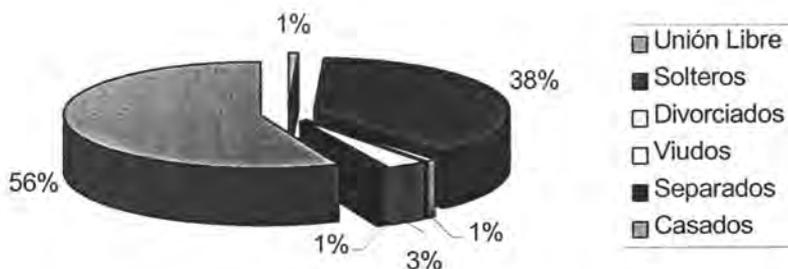
La distribución del género en el Grupo IRC y del Grupo de control presenta la misma proporción, como se puede apreciar en la gráfica 3.

Gráfica 3. Grupo IRC y control

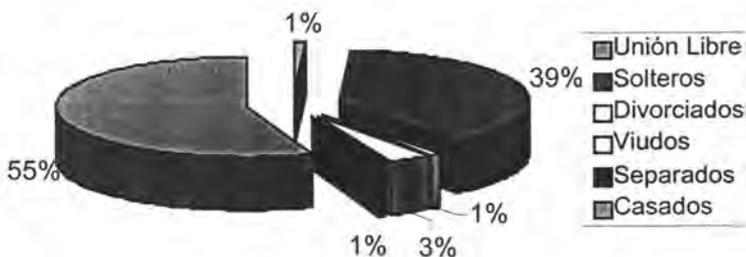


La Gráfica 4. Indica distribución del estado civil de la muestra de 119 pacientes Grupo IRC se observa que tiene 38% solteros, 56% casados, 3% viudos, 1% divorciados, 1% unión libre y 1% separados.

Gráfica 4. Estado Civil de la Muestra de Pacientes IRC



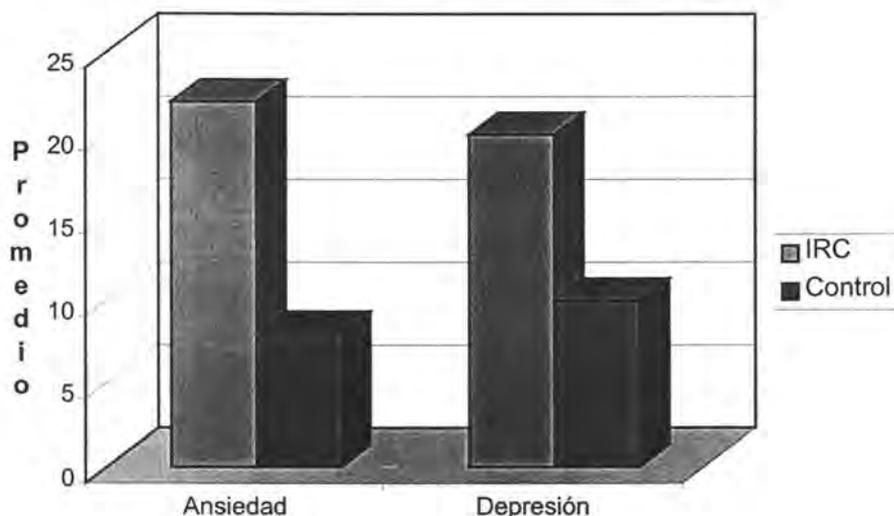
Gráfica 5. Estado Civil de la Muestra de Sujetos Control



La Gráfica 5. El total de sujetos del Grupo control, 39% eran solteros, 55% eran casados, 3% eran viudos, 1% eran divorciados 1% estaban en unión libre y el restante 1% eran separados.

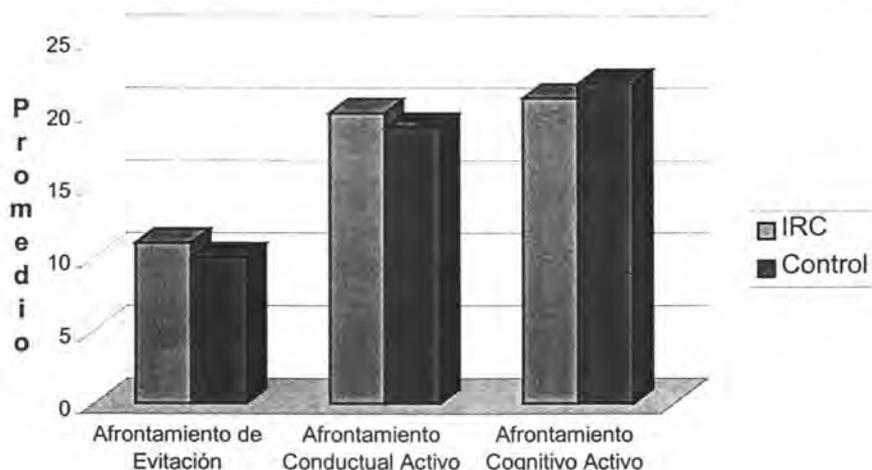
Gráfica 6. Porcentaje promedio de calificaciones de ambos grupos (IRC y Control) obtenidos a través de los inventarios de Ansiedad y Depresión, en donde se observa que los pacientes con IRC muestran mayores niveles de ansiedad y depresión que su contraparte los sujetos control.

Gráfica 6. Comparación ansiedad y depresión entre grupos



Por lo que respecta a los estilos de afrontamiento, en la Gráfica 7 se aprecia como un factor importante para ambos grupos; estilo de afrontamiento cognitivo activo por ser el más utilizado así mismo, se observa que el nivel más bajo se encuentra en el estilo de afrontamiento de evitación (cognitiva y/o conductual) también los porcentajes de afrontamiento cognitivo activo y conductual activo no se encuentran muy alejados en los dos grupos.

Gráfica 7. Comparación estilos de afrontamiento entre grupos



A fin de determinar la existencia de valores significativos en la comparación entre los dos grupos, en relación a las variables de depresión, ansiedad y estilos de afrontamiento (conductual-activo, cognitivo-activo y de evitación), se realizaron una serie de análisis estadísticos.

En primer lugar se aplicó una prueba t de Student.

El primer análisis de comparación muestra los siguientes resultados: no se observan diferencias significativas con respecto al afrontamiento activo cognitivo y afrontamiento activo conductual entre Grupo IRC y Grupo control; pero en relación a depresión, ansiedad y afrontamiento de evitación los pacientes con IRC muestran puntajes más altos, lo cual se observa en la Tabla 1.

Tabla 1. Resultados de la aplicación de la prueba t

VARIABLES	GRUPOS	MEDIAS	DES. ESTÁNDAR	t	DIF. MEDIAS	SIG.
Depresión	Control	9.73	7.89	7.39	9.89	.000
	IRC	19.57	12.06			
Ansiedad	Control	9.94	8.19	4.058	5.15	.000
	IRC	21.79	6.77			
Afrontamiento de evitación	Control	9.58	3.32	2.585	1.06	.010
	IRC	10.65	3.01			
Afrontamiento Cognitivo activo	Control	21.79	6.77	1.067	1.24	.287
	IRC	20.93	5.53			
Afrontamiento Conductual activo	Control	19.24	6.54	-1.141	1.25	.255
	IRC	20.13	5.29			

Los resultados obtenidos, señalaron que el Grupo con IRC a diferencia del Grupo sin IRC muestra mayores niveles de ansiedad y depresión, así como un estilo de afrontamiento de evitación más frecuente.

Una vez que se determinó la existencia de diferencias entre depresión, ansiedad y estilos de afrontamiento de evitación entre los Grupos experimental y control, se procedió a realizar un análisis de correlación, que permitiera corroborar la probable relación entre las variables evaluadas.

Con los datos obtenidos, se aplicó la técnica de correlación de Pearson, a fin de investigar la relación existente entre las variables ya definidas como indicadores discriminantes en la Tabla 2, únicamente se incluyen variables que fueron significativas; observándose que variables depresión y afrontamiento conductual activo obtuvieron .7093 donde $p = 0.000$, variables ansiedad y afrontamiento conductual activo obtuvieron .4613 donde $p = 0.000$.

Tabla 2. Correlación entre variables significativas del Grupo Experimental.

Variables	Afrontamiento Conductual -Activo	
	r	p
Depresión	-.7093	0.000
Ansiedad	-.4613	0.000

Finalmente, con el propósito de obtener unas funciones lineales de variables independientes: depresión, ansiedad y estilos de afrontamiento que permitieran clasificar a pacientes en dos tipos de muestras por valores de la variable dependiente (IRC-control), se efectuó un análisis discriminante.

En la Tabla 3, se aprecia exclusivamente la depresión y el afrontamiento cognitivo activo. Resultaron significativas ($p < .00$) por lo que estas variables distinguen a pacientes con insuficiencia renal crónica, de los individuos del Grupo control.

Tabla 3. Resultados del Análisis Discriminante.

Entered	Wilks' Lambda							
	Statistic	df1	df2	df3	Exact F Statistic	df1	df2	Sig.
Depresión	.813	1	1	226.000	51.900	1	226.00	.000
Afrontamiento cognitivo activo	.796	2	1	226.000	28.891	2	225.00	.000

Por medio de los resultados se encontró, que uno de los factores importantes es el estilo de afrontamiento que utilizan estos pacientes, cabe señalar que existen

diferencias significativas que mostró el análisis discriminante en cuanto a la forma de afrontar, reafirmando la correlación significativa afrontamiento cognitivo activo y depresión.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo del presente trabajo fue identificar el tipo de afrontamiento y su relación con ansiedad y depresión, en pacientes diagnosticados de IRC, en relación con un Grupo Control. Los resultados mostraron de manera general, la existencia de diferencias significativas en el nivel de depresión, ansiedad y afrontamiento de evitación. El análisis discriminante permitió discriminar a los dos Grupos evaluados a partir de dos variables, depresión y cognitivo activo.

Estos resultados refuerzan los hallazgos de la literatura, respecto a pacientes, que presentan una enfermedad crónico-degenerativa, los cuales emplean como estrategia de afrontamiento la forma cognitiva activa.

En el marco cognitivo-conductual, los problemas se pueden explicar a través de la identificación de ideas y su confrontación mental mediante el diálogo socrático y sus ensayos experimentales acerca de la evidencia que sustenta cada idea. La terapia racional emotiva (TRE), parte de que existen procesos paralelos de emociones:

- a) Un proceso mediado por creencias racionales y
- b) Otro proceso distinto mediado por creencias irracionales que se sustentan básicamente en: deber, esquematizar y dramatizar.

Éstas últimas ideas causan problemas psicossomáticas por su intensidad y frecuencia.

Las técnicas del TRE, van encaminadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas (eventos verbales o gráficos en su corriente de conciencia) y se basan en actitudes o supuestos básicos arriba señalados y falsas creencias (esquemas) que subyacen a estas cogniciones por ejemplo pensar que: para ser feliz debo tener éxito en todo lo que me proponga, mi valía personal depende de que yo sea una persona sana y productiva, como estoy enfermo soy un estorbo para todos, ya no sirvo para nada entre otros pensamientos irracionales (Lazarus y Folkman, 1991).

En relación a la depresión, simplemente confirma que esta se presenta como parte de la enfermedad crónica (Ceballos y Garduño, 1991).

Se observó una correlación entre afrontamiento conductual activo y depresión, entre los pacientes con IRC. Este resultado tiene implicaciones clínicas terapéuticas porque el objetivo de las técnicas cognitivas es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente. El método consiste en experiencias de aprendizaje específicas dirigidas a enseñar al paciente lo siguiente:

- Controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos.
- Identificar relaciones entre cognición, afecto y conducta.
- Examinar evidencia a favor y en contra de los pensamientos distorsionados.
- Sustituir cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas.
- Aprender a identificar y modificar falsas creencias que predisponen a distorsionar sus experiencias (Beck, et. al., 1961).

Dado que la forma de afrontamiento puede ser abordada porque la percepción y en general la experiencia (son procesos activos que incluyen tanto datos de inspección como de introspección) son cogniciones en el paciente, éstas son el resultado de una síntesis de estímulos internos y externos que se pueden modificar (al examinar las pruebas en pro y en contra del pensamiento). La modificación cognoscitiva permitiría a los pacientes mejorar su calidad de vida al tener la posibilidad de detectar; que estilo de afrontamiento están utilizando y cuál es el más adecuado para hacerle frente a las vivencias que se están generando por causa de la IRC (Lazarus, 1966, Cohen y Bemporad, 1990).

Se encontró en los reportes verbales informales obtenidos por parte de los pacientes con IRC que participaron en esta investigación, que el grupo de menor edad (16 – 30 años) percibe tanto su situación actual y a futuro con tendencia a ser más depresiva, que el grupo de mayor edad (61 – 77 años); las razones que externaban eran: "no llegar a casarse o tener una vida normal con hijos", aquellos que su situación civil era de casados, "ser abandonados por no servir para nada", "morirse antes de que sus hijos fueran mayores". Asimismo, el grupo de pacientes solteros

mencionaron que "ellos ya no tendrán la oportunidad de realizarse como esposos o esposas de alguien, "nadie los va a querer con esta enfermedad", volviendo a recalcar la idea "como ya no sirvo para nada", lo cual señala la existencia de ideas irracionales en este tipo de pacientes como señala Ellis y Whiteley (1979). Al respecto Lazarus y Averill (1972) reportan que con la TRE se posibilita el aumento de tolerancia a la frustración.

Las anteriores expresiones corroboran lo señalado por Symister y Friend (1996) en el sentido que en este tipo de pacientes, los síntomas depresivos aumentan, conforme se incrementa su incapacidad y disminuye habilidades de auto cuidado y pérdida de autonomía y la dependencia de sus familiares para los cuidados médicos requeridos. Lazarus y Averill, (1972) opinan que la TRE y la relajación posibilita el relacionar cambios emocionales y de percepción

Los hallazgos obtenidos en el presente estudio, son consistentes con los reportados con otro tipo de enfermedad crónico degenerativa, que reportan cambios físicos y psicológicos donde es frecuente la aparición de síntomas depresivos, ansiosos, sentimientos de soledad y escasas redes sociales de apoyo (Beck, Steer y Harbin, 1998). Por ejemplo, en pacientes diabéticos se ha observado la existencia de mayores desórdenes depresivos, así como bajo apoyo social (Rodríguez, 2002).

En pacientes pediátricos con cáncer, al manifestarse una mayor percepción de efectos colaterales en la enfermedad, se observa una evasión para solucionar problemas y una disminución de capacidad para controlar emociones negativas (Ayala y García, 2001). Además en pacientes con cáncer se ha encontrado miedo, ansiedad, depresión y un menor locus de control interno (Escalante, 1999).

En los pacientes con cirrosis hepática se manifiesta una regular o baja calidad de vida, desarrollo de trastornos de ansiedad e irritabilidad y una franca incapacidad al final de la enfermedad (Moore, Burrows y Hardy, 1997).

Por otra parte, los pacientes que sufren de hipertensión, se encuentran con mayores probabilidades de desarrollar trastornos de ansiedad en relación con los pacientes de otras enfermedades crónicas (Sherbourne, Wells y Judd, 1996).

En estudios llevados a cabo en la Ciudad de México con pacientes crónicos, en un instrumento de calidad de vida, se encontró que muestran un deterioro significativo en la mayoría de las áreas evaluadas por dicho instrumento, principalmente las relacionadas con funciones cognoscitivas, percepción de salud y ansiedad, no así en el área de relaciones interpersonales (Riveros, 2002; Rodríguez, 2002).

Como puede observarse, las enfermedades crónico degenerativas, representan una prioridad en Instituciones de salud donde los tratamientos comprenden la prevención, intervención y búsqueda de tratamientos eficaces, la medición y evaluación de factores que influyen en el mejoramiento o deterioro de su calidad de vida (Resendiz, 1998).

En nuestro país, las enfermedades crónico degenerativas tienden a incrementarse, inquietando por sus altos niveles de morbilidad hospitalaria y mortalidad. Diversos estudios muestran que el padecer una enfermedad crónico-degenerativa deteriora el bienestar del paciente, afectando de manera directa o indirecta diversas áreas de su funcionamiento (Palencia, 2001) como estado emocional y efectos secundarios de los tratamientos, habilidades funcionales, incapacidades temporales o permanentes, que propician una serie de síntomas.

Se considera que en el marco de la Psicología General Experimental con énfasis en la Salud se diseñen e instrumenten programas terapéuticos en donde se utilicen instrumentos de apoyo (BAI; BDI y Estrategias de Afrontamiento) y técnicas de relajación entre otros para que terapeuta y paciente cuenten con herramientas para identificar, evaluar y reevaluar (cogniciones y situaciones), formular hipótesis con la finalidad de entender el contexto vivencial de la experiencia dolorosa y ésta no sea fuente de tensión al estar capacitado para adaptar una estrategia en función al contexto.

Enfocarse a resaltar la importancia de interpretaciones negativas a las afirmaciones y preguntas del terapeuta y solicitarle al paciente que realice un breve resumen sobre lo que cree que el terapeuta intenta comunicarle (para estar seguros de que ha interpretado y entendido lo que se le indica) da la oportunidad de un avance y buen entendimiento en la terapia.

La información de cómo interpreta determinado paciente puede ser útil tanto al terapeuta como a cada uno de los profesionales que integren el equipo interdisciplinario para llegar a una meta común: mejorar la calidad de vida del paciente con insuficiencia renal crónica.

Dentro de las limitaciones que enfrento el presente estudio, una de las más relevantes, consistió en la poca disponibilidad del personal médico de la institución para canalizar a los pacientes con IRC, hacia el trabajo psicológico, no obstante que los pacientes, así como sus familiares más cercanos, demandaban una atención de esta naturaleza.

Otro obstáculo consistió en las propias limitaciones de la enfermedad, tales como: agravamiento del padecimiento, constantes hospitalizaciones, agotamiento o muerte, las relacionadas con sus condiciones sociales y económicas (carencia de medios económicos y lejanía de sus hogares) que hicieron que se registraran asistencia irregular, por lo cual, se aprovecho la programación de sus consultas médicas para realizar la aplicación de instrumentos, valorarlos y evaluarlos, como resultado se alargó el tiempo para llevar a cabo el presente trabajo.

Por último, los hallazgos obtenidos señalan que las variables depresión y afrontamiento cognitivo-activo, discriminan a pacientes con IRC, del Grupo Control, estos resultados crean la necesidad de determinar la estabilidad de las variables con un mayor número de pacientes así como correlacionar niveles de depresión con niveles de urea y creatinina, entre otros a fin de esclarecer la influencia de sustancias en la sintomatología del paciente con IRC, de manera particular Cevallos y Garduño, (1991) reportan alteraciones metabólicas y Burton, et. al., (1986) proponen investigar

más sobre la uremia y/o psicogénicos así como Chapan y Cox, (1977) sobre insomnio e irritabilidad en estos pacientes.

A N E X O S

(Anexo I)

INVENTARIO DE BECK (BAI)

NOMBRE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

OCUPACIÓN: _____ EDO. CIVIL: _____ FECHA: _____

INSTRUCCIONES: ABAJO HAY UNA LISTA QUE CONTIENE LOS SÍNTOMAS MÁS COMUNES DE LA ANSIEDAD. LEA CUIDADOSAMENTE CADA AFIRMACIÓN. INDICANDO CUANTO LE HA MOLESTADO CADA SÍNTOMA DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA, INCLUSIVE HOY, MARCANDO CON UNA X SEGÚN LA INTENSIDAD DE LA MOLESTIA.

	POCO O NADA	MAS O MENOS	MODERA DAMENTE	SEVERA MENTE
1. ENTUMECIMIENTO, HORMIGUEO.	_____	_____	_____	_____
2. SENTIR OLEADAS DE CALOR (BOCHORNO).	_____	_____	_____	_____
3. DEBILITAMIENTO DE PIERNAS.	_____	_____	_____	_____
4. DIFICULTAD PARA RELAJARSE.	_____	_____	_____	_____
5. MIEDO A QUE PASE LO PEOR.	_____	_____	_____	_____
6. SENSACIÓN DE MAREO.	_____	_____	_____	_____
7. OPRESIÓN EN PECHO O LATI_ DOS ACELERADOS.	_____	_____	_____	_____
8. INSEGURIDAD.	_____	_____	_____	_____
9. TERROR.	_____	_____	_____	_____
10. NERVIOSISMO.	_____	_____	_____	_____
11. SENSACIÓN DE AHOGO.	_____	_____	_____	_____
12. MANOS TEMBLOROSAS.	_____	_____	_____	_____
13. CUERPO TEMBLOROSO.	_____	_____	_____	_____
14. MIEDO A PERDER EL CONTROL.	_____	_____	_____	_____
15. DIFICULTAD PARA RESPIRAR.	_____	_____	_____	_____
16. MIEDO A MORIR.	_____	_____	_____	_____
17. ASUSTADO.	_____	_____	_____	_____
18. INDIGESTIÓN O MALESTAR ESTOMACAL.	_____	_____	_____	_____
19. DEBILIDAD.	_____	_____	_____	_____
20. RUBORIZARSE, SONROJA_ MIENTO.	_____	_____	_____	_____
21. SUDORACIÓN (NO DEBIDA AL CALOR).	_____	_____	_____	_____

(Anexo II)

INVENTARIO DE BECK (BDI)

NOMBRE: _____ FECHA: _____

EN ESTE CUESTIONARIO SE ENCUENTRAN GRUPOS DE REACTIVOS. POR FAVOR LEA CADA UNO CUIDADOSAMENTE. POSTERIORMENTE ESCOJA UN REACTIVO DE CADA GRUPO QUE MEJOR DESCRIBA LA MANERA EN QUE USTED SE HA VENIDO SINTIENDO DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY. CIRCULE EL NÚMERO QUE SE ENCUENTRA AL LADO DEL REACTIVO QUE USTED ESCOGIÓ. SI VARIOS REACTIVOS DE UN GRUPO SE APLICAN A SU CASO CIRCULE CADA UNO. ASEGURESE DE LEER TODOS LOS REACTIVOS ANTES DE TOMAR UNA DECISIÓN.

- 1.- 0 REALMENTE NO ME SIENTO TRISTE.
1 ME SIENTO TRISTE.
2 ME SIENTO TRISTE TODO EL TIEMPO Y NO PUEDO EVITARLO.
3 ESTOY TAN TRISTE O TAN INFELIZ QUE NO PUEDO SOPORTARLO.

2. 0 NO ESTOY PARTICULARMENTE DESMOTIVADO ACERCA DEL FUTURO.
1 ME SIENTO DESMOTIVADO EN RELACIÓN AL FUTURO.
2 SIENTO QUE NO TENGO NADA QUE ESPERR DEL FUTURO.
3 SIENTO QUE EL FUTURO NO TIENE ESPERANZA Y QUE LAS COSAS NO PUEDEN MEJORAR.

3. 0 NO ME SIENTO COMO UN FRACASADO.
1 SIENTO QUE HE FRACASADO MÁS QUE LAS PERSONAS PROMEDIO.
2 AL REVISAR LO QUE HE VIVIDO, TODO LO QUE VEO SON FRACASOS.
4 SIENTO QUE SOY UN COMPLETO FRACASO COMO PERSONA.

4. 0 OBTENGO TANTA SATISFACCIÓN DE LAS COSAS COMO SOLÍA HACERLO.
1 NO DISFRUTO DE LAS COSAS COMO SOLÍA HACERLO.
2 YA NO OBTENGO VERDADERA SATISFACCIÓN DE NADA.
3 ESTOY INSATISFECHO O ABURRIDO DE TODO.

5. 0 NO ME SIENTO PARTICULARMENTE CULPABLE.
1 ME SIENTO CULPABLE UNA GRAN PARTE DEL TIEMPO.
2 ME SIENTO REALMENTE CULPABLE LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO.
3 ME SIENTO CULPABLE TODO EL TIEMPO.

6. 0 NO SIENTO QUE ESTÉ SIENDO CASTIGADO.
1 SIENTO QUE PODRÍA SER CASTIGADO.
2 ESPERO SER CASTIGADO.
3 SIENTO QUE HE SIDO CASTIGADO.
7. 0 NO ME SIENTO DESILUSIONADO DE MÍ MISMO.
1 ESTOY DISILUSIONADO DE MÍ MISMO.
2 ESTOY DISGUSTADO CONMIGO MISMO.
3 ME ODO.
8. 0 NO ME SIENTO PEIRO QUE NINGUNA OTRA PARSONA.
1 ME CRITICO A MÍ MISMO POR MIS DEBILIDADES O ERRORES.
2 ME CULPO A MÍ MISMO POR MIS FALLAS.
3 ME CULPO A MÍ MISMO POR TODO LO MALO QUE SUCEDE.
9. 0 NO TENGO NINGÚN PENSAMIENTO SUICIDA.
1 TENGO PENSAMIENTOS SUICIDAS PERO NO LOS LLEVARÍA A CABO.
2 ME GUSTARÍA SUICIDARME.
3 ME SUICIDARÍA SI TUVIERA LA OPORTUNIDAD.
10. 0 NO LLORO MÁS DE LO NORMAL.
1 LLORO MÁS AHORA DE LO QUE SOLÍA HACERLO.
2 ACTUALMENTE LLORO TODO EL TIEMPO.
3 PODÍA LLORAR, PERO AHORA NO LO PUEDO HACER A PESAR DE QUE LO DESEO.
11. 0 NO ESTOY MÁS IRRITABLE DE LO QUE SOLÍA ESTAR.
1 ME ENOJO O IRRITO MÁS FÁCILMENTE QUE ANTES.
2 ME SIENTO IRRITADO TODO EL TIEMPO.
3 NO ME IRRITO POR LAS COSAS QUE SOLÍA HACERLO.
12. 0 NO HE PERDIDO EL INTERÉS EN OTRAS PERSONAS.
1 ESTOY MENOS INTERESADO EN OTRAS PERSONAS DE LO QUE SOLÍA ESTAR.
2 HE PERDIDO EN GRAN MEDIDA EL INTERÉS EN OTRAS PERSONAS.
3 HE PERDODO TODO EL INTERÉS EN OTRAS PERSONAS.
13. 0 TOMO DECISIONES TAN BIEN COMO SIEMPRE LO HE HECHO.
1 HE DEJADO DE TOMAR DECISIONES COMO SOLÍA HACERLO.
2 TENGO MÁS DIFICULTAD EN TOMAR DECISIONES QUE ANTES.
3 YA NO PUEDO TOMAR DECISIONES.

14. 0 NO SIENTO QUE ME VEA PEOR DE CÓMO ME VEÍA.
 1 ESTOY PREOCUPADO DE VERME VIEJO O NO ATRACTIVO.
 2 SIENTO QUE HAY CAMBIOS PERMANENTES EN MI APARIENCIA QUE ME HACEN VER NO ATRACTIVO.
 3 CREO QUE ME VEO FEO.
15. 0 PUEDO TRABAJAR TAN BIEN COMO ANTES.
 1 ME TOMA MÁS ESFUERZO INICIAR ALGO.
 2 TENGO QUE DARMME MUCHO ÁNIMO PARA HACER ALGO.
 3 NO PUEDO HACER NINGÚN TRABAJO.
16. 0 PUEDO DORMIR TAN BIEN COMO ANTES.
 1 NO DUERMO TAN BIEN COMO SOLÍA HACERLO.
 2 ME DISPIERTO UNA O DOS HARAS MÁS TEMPRANO DE LO NORMAL Y ME CUESTA TRABAJO VOLVERME A DORMIR.
 3 ME DESPIETO MUCHAS HORAS MÁS TEMPRANO DE LO QUE SOLÍA HACERLO Y NO ME PUEDO VOLVER A DORMIR.
17. 0 NO ME CANSO MÁS DE LO USUAL.
 1 ME CANSO MÁS FÁCILMENTE DE LO QUE SOLÍA HACERLO.
 2 ME CANSO DE HACER CASI CUALQUIER COSA.
 3 SOY MUY CANSADO PARA HACER CUALQUIER COSA.
18. 0 MI APETITO NO ESTÁ PEOR DE LO USUAL.
 1 MI APETITO NO ES TAN BUENO COMO SOLÍA SERLO.
 2 MI APETITO ESTÁ M UCHO PIOR AHORA.
 3 NO TENGO APETITO.
19. 0 NO HE PERDIDO MUCHO PESO ÚLTIMAMENTE.
 1 HE PERDIDO MÁS DE CINCO LIBRAS.
 2 HE PERDIDO MÁS DE DIEZ LIBRAS.
 3 HE PERDIDO MÁS DE QUINCE LIBRAS.

ESTOY TRATANDO DE PERDER PESO COMINDO MENOS SI__ NO__

20. 0 NO ESTOY MÁS PREOCUPADO DE MI SALUD QUE ANTES.
 1 ESTOY PREOCUPADO ACERCA DE PROBLEMAS FÍSICOS TALES COMO DOLERES; MALESTAR ESTOMACAL O CONSTIPACIÓN.
 2 ESTOY MUY PREOCUPADO ACERCA DE PROBLEMAS FÍSICOS Y ES DIFÍCIL PENSAR EN ALGO MÁS.
 3 ESTOY TAN PREOCUPADO ACERCA DE MIS PROBLEMAS FÍSICOS QUE NO PUEDO PENSAR EN NINGUNA OTRA COSA.
21. 0 NO HE NOTADO NINGÚN CAMBIO RECIENTE EN MI INTERÉS POR EL SEXO.
 1 ESTOY MENOS INTERESADO EN EL SEXO DE LO QUE ESTABA.
 2 ESTOY MUCHO MENOS INTERESADO EN EL SEXO.
 3 HE PERDIDO COMPLETAMENTE EL INTERÉS POR EL SEXO.

(Anexo III)

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO PERSONAL

NOMBRE: _____ FECHA: _____

EN EL PRESENTE INSTRUMENTO INTENTAMOS CONOCER CUÁLES SON LAS FORMAS COMO TRATAS DE SOLUCIONAR LOS PROBLEMAS QUE SE TE PRESENTAN COTIDIANAMENTE.

NO HAY RESPUESTAS BUENAS NI MALAS, POR FAVOR CONTESTA CON TODA FRANQUEZA, DICIENDO LA VERDAD. LAS PREGUNTAS EMPIEZAN CON UNA PARTE ESCRITA Y DESPUÉS CUATRO OPCIONES PARA ESCOGER, ELIGE LA OPCIÓN QUE REFLEJE MEJOR TU PROPIO CASO, MARCANDO LA RESPUESTA CORRESPONDIENTE.

CUANDO TENGO PROBLEMAS ACTUO DE LAS SIGUIENTES MANERAS

1.- TRATO DE SABER MÁS SOBRE EL PROBLEMA:

NO A VECES ALGUNAS VECES FRECUENTEMENTE

2.- HABLO CON MI PAREJA O CON OTROS PARIENTES SOBRE EL PROBLEMA.

NO A VECES ALGUNAS VECES FRECUENTEMENTE

3.- HABLO CON UN(A) AMIGO(A) SOBRE EL PROBLEMA.

NO A VECES ALGUNAS VECES FRECUENTEMENTE

4.- HABLO CON UN PROFESIONISTA (MÉDICO, CURA, ABOGADO, ETC.).

NO A VECES ALGUNAS VECES FRECUENTEMENTE

5.- LE PIDO A DIOS QUE ME GUÍE.

NO A VECES ALGUNAS VECES FRECUENTEMENTE

6.- REZO PARA DARME VALOR.

NO A VECES ALGUNAS VECES FRECUENTEMENTE

7.- ME PREPARO POR SI PASA LO PEOR.

NO A VECES ALGUNAS VECES FRECUENTEMENTE

8.- NO ME PREOCUPO, PIENSO QUE TODO VA A SALIR BIEN.

NO A VECES ALGUNAS VECES FRECUENTEMENTE

9.- CUANDO ME SIENTO ENOJADO(A) ME DESQUITO CON OTRAS PERSONAS.

NO A VECES ALGUNAS VECES FRECUENTEMENTE

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

- 10.- CUANDO ME SIENTO DEPRIMIDO(A) ME DESQUITO CON OTRAS PERSONAS.
 NO A VECES ALGUNAS VECES FRECUENTEMENTE
- 11.- TRATO DE VERLE EL LADO BUENO AL PROBLEMA.
 NO A VECES ALGUNAS VECES FRECUENTEMENTE
- 12.- HAGO OTRAS COSAS PARA NO PENSAR EN EL PROBLEMA.
 NO A VECES ALGUNAS VECES FRECUENTEMENTE
- 13.- PIENSO EN UN PLAN DE ACCIÓN Y LO HECHO A ANDAR.
 NO A VECES ALGUNAS VECES FRECUENTEMENTE
- 14.- PIENSO EN VARIAS OPCIONES PARA MANEJAR EL PROBLEMA.
 NO A VECES ALGUNAS VECES FRECUENTEMENTE
- 15.- PIENSO EN CÓMO RESOLVÍ PROBLEMAS PARECIDOS ANTERIORMENTE.
 NO A VECES ALGUNAS VECES FRECUENTEMENTE
- 16.- NO DEJO VER LO QUE SIENTO.
 NO A VECES ALGUNAS VECES FRECUENTEMENTE
- 17.- TOMO LAS COSAS COMO VIENEN.
 NO A VECES ALGUNAS VECES FRECUENTEMENTE
- 18.- TRATO DE ANALIZAR LAS COSAS Y VER REALMENTE CÓMO SON.
 NO A VECES ALGUNAS VECES FRECUENTEMENTE
- 19.- PIENSO EN EL PROBLEMA PARA TRATAR DE ENTENDERLO MEJOR.
 NO A VECES ALGUNAS VECES FRECUENTEMENTE
- 20.- TRATO DE NO ACTUAR PRECIPITADAMENTE.
 NO A VECES ALGUNAS VECES FRECUENTEMENTE
- 21.- ME DIGO COSAS A MI MISMO(A) PAR SENTIRME MEJOR (ME HECHO PORRAS).
 NO A VECES ALGUNAS VECES FRECUENTEMENTE
- 22.- TRATO DE OLVIDARME POR UN TIEMPO DEL PROBLEMA.
 NO A VECES ALGUNAS VECES FRECUENTEMENTE

- 23.- SÉ LO QUE DEBO HACER Y ME ESFUERZO PARA QUE FUNCIONEN LAS COSAS.
 NO A VECES ALGUNAS VECES FRECUENTEMENTE
- 24.- EVITO ESTAR CON LA GENTE.
 NO A VECES ALGUNAS VECES FRECUENTEMENTE
- 25.- TRATO DE QUE, EN EL FUTURO, LAS COSAS SEAN DIFERENTES.
 NO A VECES ALGUNAS VECES FRECUENTEMENTE
- 26.- ME CUESTA TRABAJO CREER LO QUE ESTÁ PASANDO.
 NO A VECES ALGUNAS VECES FRECUENTEMENTE
- 27.- COMO YA NO PUEDO HACER NADA PARA CAMBIAR LAS COSAS, LAS ACEPTO COMO VIENEN.
 NO A VECES ALGUNAS VECES FRECUENTEMENTE
- 28.- TRATO DE NO SENTIR NADA.
 NO A VECES ALGUNAS VECES FRECUENTEMENTE
- 29.- BUSCO LA AYUDA DE PERSONAS O GRUPOS QUE HAN TENIDO PROBLEMAS PARECIDOS.
 NO A VECES ALGUNAS VECES FRECUENTEMENTE
- 30.- TRATO DE SACARLE PROVECHO AL PROBLEMA.
 NO A VECES ALGUNAS VECES FRECUENTEMENTE
- 31.- INTENTO RELAJARME O TOMARLO CON CALMA:
 A) BEBIENDO MÁS
 B) COMIENDO MÁS
 C) FUMANDO MÁS
 D) HACIENDO MÁS EJERCICIO
 E) TOMANDO MÁS TRANQUILIZANTES
- 32.- CONSIDERO QUE TENGO APROXIMADAMENTE _____ AMIGOS VERDADEROS.
 NINGUNO UNO DOS TRES MÁS DE TRES

BIBLIOGRAFÍA

Aduna, A. P. (1998). *Afrontamiento de Problemas en Estudiantes Universitarios. Estudio Experimental*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, U. N. A. M.

Aduna, A. P., Coffin, N. Díaz, C. y Villa, A. (1990). *Perfil familiar de estudiantes universitarios y su relación con la depresión y síntomas físicos*. Ponencia presentada en el 1er. Congreso al "Encuentro de la Psicología Mexicana", en el Estado de México. México.

Abram, H. (1969). The psychiatrist the treatment of chronic renal failure, and the prolongación of life. *American Journal of Psychiatry*. 126, 157-167.

Abram, H. & Wadlington, W. (1971). Suicidal behavior in chronic dialysis patients. *American Journal of Psychiatry*. 127, 1199-1205.

Allegra, V., Mengozzi, G., & Vasile, A. (1991). Iron. Deficiency in maintenance hemodialysis patients: assessment of diagnosis criteria and of three different iron treatments. *Nephron*. 57, 175-82.

Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco Jossey-Bass.

Averill, J.R. (1973). Personal control over aversive stimuli and its relationship to stress. *Psychological Bulletin*, 80, 286-303.

Ayala, H., Aduna, P., Vázquez, H. y Lozano, (1998). *Salud y Vida Cotidiana (HDL)*, forma breve.

Ayala Delgado Angélica y García Salas Lilia, (2001). *Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes pediátricos con cáncer. Un análisis cuantitativo*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, U. N. A. M. .

Bakish, D. (1999) The patient with comorbid depression and anxiety: The unmet need. *Journal Clinical Psychiatry*, 60, 20-24.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: The Guilford Press.

Beck, A. T. , Steer, R. A., & Harbin, M. A. (1998). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77 – 100.

Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression,. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63.

Billings, A.G. & Moos, R.H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 157-189.

Brown, T. y Wallace, P. (1989). *Psicología Fisiológica*. México: McGraw-Hill.

Burton, H. J.; Conleg, H.; Lindsay, R.M.; Wai, L. & Richmond, J.M.; (1986). Adaptation to CAPD. Psychological Factors. Advances in peritoneal dialysis. Excerpta Médica. *International Congress Series* 567, 196.

Calderón, N. (1987). Depresión. México: Trillas.

Calderón N. (1984). Depresión. *Causas. manifestaciones y tratamiento*. México: Trillas.

Cárdenas, J. (1996). *Estrés y vida cotidiana en estudiantes universitarios*. Tesis presentada para obtener el grado de Maestría. Facultad de Psicología U.N.A.M. México.

Cárdenas, J. Vite, A., Aduna, A., Echeverría, L. y Ayala, H. E. (1991). *Estrés y estilos de Afrontamiento en bebedores excesivos de alcohol*. Ponencia presentada en el XI Congreso Mexicano de Análisis de la Conducta.

Ceballos, H., y Garduño, B. (1991). *Trastornos Afectivos de la Personalidad en Pacientes con Transplante Renal*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M.

Cohen, A. S., y Bemporad, J. (1990). *Psicoterapia de la Depresión*. México: Paidós.

Chapman., C., R; & Cox, G. B. (1977). Anxiety, pain and depression surrounding elective surgery; a multivariate comparison of abdominal surgery patients with Kidney donors and recipients. *Journal of Psychosomatic Research*, 21, 7-15.

Christensen, A.J., Benetsch, E.G., Wieber, J.S. & Lawton, W.J. (1995). Coping With Treatment-Related Stress: Effects on Patient Adherence in Hemodialysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 , 454-459.

Ellis, A. (1987). A Sadly Neglected Cognitive Element in Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 121-146.

Ellis., A., & Whiteley, S. (1979). Theoretical and Emperical Foundations of Rational Emotive Therapy. *Monterey, Cal.:Book Cole*.

Escalante, E. (1999). *Aspectos psicosociales de la calidad de vida e indicadores inmunológicos en pacientes con VIH - SIDA*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U. N. A. M.

Farmer, C.J; Snowden, S. A. & Pearson, V., (1979). The prevalence of psychiatry illness among patients on home hemodialysis. *Psychological Medicine*, 9, 509-514.

Fawcett, J. & Kravitz, H. M. (1983) Anxiety syndromes and their relationship to depressive illness. *J. Clin Psychiatry*, 44 (8 pt 2): 8-11.

Fernández-Cruz, A., (1970). *El Libro de la Salud*. España: Danae, 2da. Edición.

Folkman, S. (1984). Personal Control and Strees and Coping Process: A Theoretical Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852.

Gordillo, P. G., Mota, F., y Velásquez, L. (1976). *Nefrología Pediátrica*. Asociación de Médicos del Hospital Infantil de México.

Gordillo, P. H. (1981). *Insuficiencia renal crónica*. Asociación de Médicos del Hospital Infantil de México.

Gordillo-Paniagua G. y Hernández, R. O. (1991). *Fisiopatología, "Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Renal Aguda"*. Vol. Médico del Hospital Infantil de México, 48:652-662.

Gross, J. L., & Levenson, R.W. (1992). Emotional Suppression: *Psysiology, Self. Report, and expressive behavior*. Manuscript submitted for publication. University of California, Berkeley.

Holahan, C.J. & Moos, R.H. (1987). Resistence and psychological distress: A longitudinal analysis with adults and Children. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 3-13.

Isaac, S. & Michael, W., (1977). *Handbook in research and evaluation*. San Diego: Edits. Publishers.

Jurado, C. S., Villegas M. E., Mendez L., Rodríguez F., Loperena V., y Varela R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21, 26-31.

Laplanche J., y Pontalies, J. (1993). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.

Lazarus, R.S. (1966). *Psychological strees and coping process*. New York; MaGraw-Hill.

Lazarus, R. S. (1984). "On the primacy of cognition". *American Psychologist*, 39, 24-129.

Lazarus, R.S. (1980). *The Strees and coping paradigm*. In Eisdorfer. C., Cohen, D., Kleinam, A., & Maxim, P. (Eds.). *Theoretical Bases for Psychopatology Spectrum*, New York.

Lazarus, R. S., Kanner, A.D. & Folkman, S. (1980). Emotions: A cognitive phenomenological analysis. In R. Plutchik & H. Kellerman (Eds.), *Emotion: Theory, research, and experience* (pp. 189-217). New York: Academic Press.

Lazarus, R.S. & Averill, J. M. (1972). Emotion and Cognition: with Special Reference to Anxiety. En Spielberger, C. (Ed.). *Anxiety Current Trends in Theory and Research. Vol. II*, New York: Academic Press.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1991). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Madrid: Martínez Roca.

Lewinsohn, P.M., Larson, D.W. & Muñoz, R.F. (1982). The measurement of expectancies and other cognitions in depressed individuals. *Cognitive Therapy and Research*. 6, 437-446.

Libet, J.M., & Lewinsohn, P.M. (1973). Concept of social skills with special reference to the behavior of depressed persons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 40, 304-302.

Lowry. M. R. & Atcharson. E. (1980). Home dialysis dropouts. *Journal of Psychosomatics research*. 24, 173-178.

Mattlin, J.A. Wethington, E. & Kusler, R.C. (1990). Situational Determinants of Coping and Coping Effectiveness. *Journal of Health an Social Behavior*, 31: 103-122.

Mendels., J. (1982). *La depresión*. Barcelona: Herder.

Moore, K., Burrows, G. & Hardy, K. (1997). Anxiety in chronic liver disease: Changes post transplantation. *Stress Medicine*, 13 (1), 49-58.

Morris, F. (1967). *Enciclopedia Familiar de la Medicina y la Salud*. New York: H.S. Stuttman C.O. Inc.

Moos, R. H., Cronkite, R. C., Billings, A. G. & Finney, J. W.(1986). *Health and Dialy Living Form Manual*. Social Ecology Laboratory, Department of Psychiatry and Behavior Sciences. Veterans Administration and Stanford University Medical Center, Palo Alto, California.

Moos, R.H.(1977). *Coping with psysical illness*. New York, Plenum.

Oksaca, H. Ahonen, K. Pasternack, A. & Marnela, K. M. (1991). "Maltrution in hemodialysis patients. *Scand Journal Urology and Nephrology*, 25, 157-161.

Paganini, E. P. (1994). In search of an optimal hematocrit level in dialysis patients: rehabilitation and quality-if-life implications. *American Journal of Kidney Disease* :24 , 10-6.

Palencia, F. (2001). *Perfil del impacto de la insuficiencia renal crónica en la calidad de vida*. Tesis de Licenciatura. México. Universidad Nacional Autónoma de México.

Pearlin, L.I. & Schooler, C., (1978). "The structure of coping" . *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.

Ravagnan, L. (1981). *El Origen de la Angustia*. Buenos Aires: Universitaria.

Rehm, L. P. (1977). A self control model of depression. *Behavior Therapy*, 8, 787, 804.

Resendiz, C. (1998). *Disminución del estrés por medio de logoterapia para aumentar la calidad de vida en pacientes con cáncer*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, U. N. A. M.

Riveros, A. (2002). *Calidad de vida en padecimientos crónicos: Un estudio en pacientes hipertensos*. Tesis de Licenciatura. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Robles, U. (1985). *Proposición de un modelo para trabajar con familias de niños con insuficiencia renal crónica de Origen Marginado o Campesino*. Tesis de maestría. Facultad de Psicología. U. N. A. M.

Robles, R., Varela R., Jurado S., y Páez F. (2001) Versión mexicana del inventario de ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de psicología*, 18, 211-218.

Rodríguez, O. (2002). *Mejoramiento de la calidad de vida en pacientes crónicos*. Tesis de Licenciatura. U. N. A. M., México.

Rose, R. y Sachar, E. (1984). Las hormonas. En Williams, R. (ED.), *Tratado de Endocrinología*., España: Interamericana.

Sabbagh, R. y Barnard, Ch. (1984). *El Cuerpo Viviente*. Barcelona: Plaza & James.

Sherbourne, C.D., Wells, K. B. & Judd, L. L. (1996). Functioning and well –being of patients with panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153, 213 - 218.

Spielberger, C. (1972) *Conceptual and methodological Issues in Anxiety Research Vol. 11*, New York. Academic. Press.

Silver, R.L. & Wortiman, C.B. (1980). Coping with undesirable life events. In: Garber, J.& Seligman, M.E. *Human Helplessness: Teorical and Applications*. 279-340. *New York: Academic Press*.

Symister, P. & Friend, R. (1996). Quality of life and adjustment in renal disease: A health psychology perspective. En: Resnick, R.J. & Rozensky, R.H. (Ed.) *Health psychology through the life span: Practice and Research oportunities*. Washinton, DC: American Pscological Association.

Treviño., B.A.; Erbessd, L.M.; Velázquez, J.; Zúñiga V., Velázquez, H.; Sánchez, B.J.; Vázquez.;B. y Monteón, R.F. (1984). Four Factors (D) in the evolution of patients in differents types of dialysis. *Excerpta Médica. International Congreso. Vol. 11*, 12-15.

Valdés, M. Flores, T. Tobeña, A. y Massana, J. (1983). *Medicina Psicosomática. Bases psicológicas y fisiológicas*. México: Trillas.

Vallejo, J. y Díez, C. (1990). Etiopatogenia, En: Vallejo, R. Gastó, F. (Comp.). *Trastornos Afectivos: Ansiedad y Depresión*. España: Salvat.

Vestre, N. (1984). Irrational beliefs and self-reported depressed mood, *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 210-230.