



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MÉXICO

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

PROGRAMA PARA EL MANEJO DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES RENALES

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
ROBLES MATA CAROLINA

DIRECTORA: MTRA. MA. CRISTINA BRAVO GONZÁLEZ
SINODALES: DRA. SANDRA ANGÉLICA ANGUIANO SERRANO
MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO



LOS REYES IZTACALA, ESTADO DE MÉXICO

2009



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.

Gracias...

A mis padres, **Laura y Julián** por la oportunidad y el apoyo, por la guía y los consejos, por ser ejemplo, por creer en mí y ayudarme a cumplir mis sueños.

A mi hermano, **Héctor**, por esa forma tan peculiar de apoyo y estimulación. ¡Te quiero mucho!

A mi hermano, **Guillermo**, por compartir tristezas, alegrías, éxitos y fracasos, por todos los detalles, por ser una personita especial y por estar siempre conmigo. ¡Te quiero mucho!

A mi mtra. **Cristina Bravo**, por guiar mis pasos hacia el conocimiento y dejar en mí esa semilla de vocación de servicio, por tu infinita paciencia muchas gracias.

A mis **maestros** por permitirme aprender de ellos, guiarme y compartir su conocimiento.

A los **doctores** del Hospital Juárez de México por abrirme el espacio, recibirme y permitirme trabajar con ellos de manera multidisciplinaria.

Amiga **Mayra Mora**, que con tu confianza, apoyo y ejemplo me ha ayudado a avanzar un poco más.
Gracias por estar conmigo en todo momento.

Amigo **Manuel Meza**, por brindarme tu amistad, aconsejarme y por siempre alentarme a seguir adelante.

Índice

Resumen	5
Introducción	6
Capítulo 1. Psicología de la Salud y Medicina Conductual	9
1.1. Concepto de salud y enfermedad	9
1.2. Desarrollo Histórico: modelos biomédico y biopsicosocial	10
1.2.1 Modelo biomédico	10
1.2.2. Modelo biopsicosocial	12
1.3. Psicología de la salud y medicina conductual	12
1.3.1. Psicología de la salud	13
1.3.2. Medicina conductual	14
1.4. Perfil del psicólogo hospitalario	16
1.5. Ejemplos de Intervención psicológica en ambientes hospitalarios	18
Capítulo 2. Enfermedades Renales	20
2.1. Anatomía del riñón	20
2.2. Fisiología del riñón	21
2.3. Valoración clínica del paciente renal	21
2.4. Presentación de las enfermedades	24
2.5. Enfermedades renales: características generales	27
2.5.1. Glomerulares	27
2.5.2. Intersticiales	29
2.5.3. Insuficiencia Renal Aguda	30
2.5.4. Insuficiencia Renal Crónica	31
2.6. Tratamientos sustitutivos	33
Capítulo 3. Consecuencias Psicológicas de la Enfermedad Renal: Programa de intervención para el manejo de la depresión	37
3.1. Depresión	40
3.1.1. Diagnóstico diferencial de la depresión	41
3.1.2. Formas de intervención	43
3.2. Método	46
3.3. Resultados	61
3.4. Discusión	84
3.5. Referencias	88
Anexo 1. HAD	
Anexo 2. WhoQol	
Anexo 3. Entrevista	
Anexo 4. Termómetro del Estado de Ánimo	
Anexo 5. Actividades	
Anexo 6. Lecturas	

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue adaptar, aplicar y evaluar la eficacia de un programa de intervención cognitivo-conductual para la disminución de síntomas depresivos en pacientes del servicio de Nefrología del Hospital Juárez de México. Participaron 6 pacientes del género femenino que pertenecían al servicio, la evaluación se realizó por medio de la aplicación del instrumento HAD y WhoQoI- Breve que miden ansiedad y depresión y, calidad de vida respectivamente; como guía de la intervención se usó el Manual de Terapia en Grupo para el Tratamiento Cognitivo- Conductual de la Depresión “Aprendiendo a manejar su realidad personal” (módulo personal y salud) de Gálvez y Muñoz (2003). El taller de depresión constó de 12 sesiones de intervención, una vez por semana, más una sesión de seguimiento con una entrevista semi-estructurada. Los resultados reflejan que hubo mejorías significativas en la calidad de vida de las pacientes durante la intervención y se mantuvieron 4 de las 6 participantes en el seguimiento al analizarse los datos a través de un Anova de Friedman. Por lo que, los resultados obtenidos en éste estudio reflejan que la intervención con enfoque cognitivo-conductual es eficaz para aminorar y/o eliminar la depresión de las pacientes con padecimientos crónicos renales.

Descriptores: medicina conductual, enfermedades renales, calidad de vida, depresión, intervención.

En la actualidad la salud ya no es tema exclusivo de la medicina, en esta problemática ha ido incursionando la psicología contribuyendo a lograr el mejoramiento del padecimiento y la calidad de vida.

Puesto que el ser humano se ve implicado en dos procesos inseparables salud-enfermedad, que según, la OMS no es sólo la ausencia de enfermedad, sino un completo estado de bienestar físico y psíquico donde se incluyen las prácticas individuales y culturales para potenciar un bienestar (Moctezuma, 2000; Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

A lo largo de la historia, se han desarrollado distintas concepciones de ver la salud, una de ellas considera que la mente y el cuerpo están esencialmente unidos; en la edad media se tuvo la idea de que la enfermedad tenía que ver con lo espiritual, sin embargo, en el renacimiento se regresa a la concepción de mente-cuerpo pero ahora ya es visto como entidades separadas, a esta concepción se le denominó modelo biomédico (Amigo, Fernández y Pérez, 1998), bajo este enfoque Engel (1977), hace dos supuestos y señala algunas deficiencias, por lo que nace el modelo biopsicosocial que adopta aspectos del modelo biomédico (mente-cuerpo) y sostiene factores biológicos, psicológicos y sociales como elementos de la salud y la enfermedad.

Sin embargo, este enfoque aun no es muy utilizado por los profesionales de la salud, pero es un aporte estratégico para la promoción y mantenimiento de la salud (Asenjo, Duran y Merino, 2002) y, además es un parteaguas para nuevos campos de investigación para la psicología de la salud y en particular para la medicina conductual buscando aminorar o eliminar a corto, mediano y largo plazo las consecuencias de los padecimientos renales crónicos que generan un impacto en los pacientes, familia y ámbito social en el que se desenvuelve el paciente.

La misión del riñón es la de mantener el equilibrio interno y está encargado en la regulación y eliminación de productos de tóxicos y su base fundamental es la nefrona (Carreras, 1989). La pérdida de la funcionalidad de

este órgano o tan sólo el hecho de enfermar genera diversas alteraciones y consecuencias en los pacientes (Penzo, 1990).

Además, Vidal (2003) argumenta que la pérdida de la salud siempre va a ser percibida como amenaza y menciona que algunas consecuencias asociadas a la enfermedad renal son: el shock emocional, angustia o ansiedad, problemas económicos y familiares, además de la no adherencia al tratamiento y/o a la dieta y, primordialmente estados depresivos y reacciones de suicidio.

Así mismo, hay un impacto en la calidad de vida como lo mencionan Jofre, López y Valderrábano (2003) y Méndez, Ibarra y Rivera (2007) comentan que el trastorno que más se presenta es la depresión generando síntomas de tristeza, irritabilidad, déficit cognitivo y conductual y cambios en las relaciones interpersonales.

Por tanto, la depresión es una consecuencia psicológica y muy común en personas que padecen alguna enfermedad y su prevalencia se estima que de 9-20 por cada 100 individuos (Pérez y García, 2005).

Desde el enfoque conductual, se sostiene que la depresión es un constructo de conductas específicas en tres sistemas: a) sistema cognitivo, b) sistema fisiológico y c) sistema motor (Álvarez y Alfonso, 1997). Y para establecer un diagnóstico bajo el paradigma cognitivo-conductual, se debe recabar la información mediante la entrevista, observaciones, instrumentos y autoregistros como lo comenta Muñoz (1998). Posteriormente se continua con un análisis descriptivo y se reúne la información en el modelo secuencial integrativo y se finaliza con el análisis funcional (Fernández- Ballesteros, 1981 y Muñoz, 1998).

La psicología hace su aportación con programas de enfoque cognitivo-conductual de manera grupal o individual, que reflejan una mejoría en los pacientes como lo demuestran Rivero, Cortazar-Palapa, Alcázar y Sánchez (2005) y Reyes (2005) en sus estudios realizados.

De lo anterior radica la importancia de la intervención psicológica en padecimientos renales para seguir contribuyendo a una mejora en la enfermedad y calidad de vida. Por lo tanto, el objetivo de este trabajo es adaptar, aplicar y evaluar la eficacia de un programa de intervención cognitivo-conductual para la disminución de síntomas depresivos en pacientes del servicio de Nefrología del Hospital Juárez de México, para lo cual se estructuró en el primer capítulo qué se concibe por el concepto de salud, el surgimiento del modelo biopsicosocial y la incursión de la psicología en el área de medicina desde la perspectiva de la medicina conductual con técnicas de modificación cognitiva y conductual para tratar problemas depresivos como consecuencia los padecimientos crónico degenerativos como es el caso de las enfermedades renales. En el segundo capítulo se comenzó por describir el riñón, su función y valoración mediante la entrevista, pruebas de laboratorio y la exploración física, así mismo se menciona algunas características generales de los padecimientos renales más comunes que se presentan en los pacientes. Y por último, en el tercer capítulo se describen las consecuencias que la enfermedad renal trae consigo, principalmente se trabajó el área de depresión, algunos de sus signos o síntomas y la forma de intervención desde el enfoque cognitivo-conductual.

CAPÍTULO 1. PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y MEDICINA CONDUCTUAL

En los últimos años han venido apareciendo nuevas enfermedades, y con ello va surgiendo la preocupación del hombre aún más por el tema salud, no sólo por la presencia de la enfermedad, sino también por el afrontamiento de la misma y la calidad de vida. Esta situación, en la actualidad ya no es tema primordial o exclusivo de la medicina, es decir, hay otras disciplinas que han ido incursionando en esta problemática, tal es el caso de la psicología, que pretende dar una contribución efectiva para lograr altos estándares en el mejoramiento del padecimiento y en la calidad de vida.

El ser humano es un organismo altamente complejo, pues está compuesto por una serie de órganos, los cuales, a su vez, son altamente complicados por la cadena de funciones que realizan. Debido a esta situación el ser humano se ve implicado en dos procesos inseparables, “salud-enfermedad”, que son vistos en primer lugar, como estados dentro de un continuo y, en segundo lugar, como procesos naturales que pueden ser evaluados en términos de éxito o fracaso en cuanto a asegurar el ajuste adaptativo degenerativo (Penzo, 1990).

1.1. Concepto de salud y enfermedad

En aspectos generales, salud significa un estado del organismo que no está enfermo y enfermedad se relaciona con alteraciones del organismo que perturba su funcionamiento normal (Buena-Casal y Fernández, 1997). Sin embargo, desde la década de los cuarenta la Organización Mundial de la Salud –OMS- formuló su definición, la cual dice “La salud no es la ausencia de enfermedad, sino un estado completo de bienestar físico y mental, en un contexto ecológico-social propicio para su sustento y desarrollo. La salud descansa en la esfera de prácticamente todas las interacciones, sociales y

culturales y es, con ellas, un componente sinérgico de bienestar social” (OMS, 1978, en Moctezuma, 2000 pp. 6).

Actualmente, para Amigo, Fernández y Pérez (1998), la salud depende no sólo de lo que el individuo siente o tiene, en este sentido, al igual que la definición de la OMS, también incluyen las prácticas individuales y culturales que se deben adoptar para un potenciar ese estado de bienestar físico y psíquico que es la salud. Dentro de esta concepción de salud, se enmarca todo un proceso histórico.

1.2. Desarrollo Histórico: Modelos biomédico y biopsicosocial

La inquietud del hombre por eso que se describe como salud, ha sido afrontada desde las primeras culturas, es decir, a lo largo de la historia y principalmente en la Grecia antigua se consideraba que la mente y el cuerpo estaban esencialmente unidos, de tal manera que se influían de modo recíproco y por tanto la enfermedad se debía a causas naturales (Amigo, Fernández y Pérez, 1998). Pero posteriormente esta concepción queda de lado y en la Edad Media, la enfermedad tuvo un enfoque en lo espiritual y la medicina queda a expensas de la Iglesia Católica.

Sin embargo, en el renacimiento se fue adoptando una forma de entender a la salud denominada modelo biomédico que partía de una concepción dualista mente-cuerpo entendiendo a cada uno de estos como entidades separadas (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

1.2.1. Modelo Biomédico

Con esta visión el modelo se redujo a dos supuestos básicos (Engel, 1977): 1) la doctrina del dualismo mente-cuerpo y 2) reduccionismo, donde la enfermedad se limita a una cuestión de reacciones físicas y químicas. Bajo este enfoque, el ser humano es controlado físicamente cada mes desde que está en gestación. Por tanto, Marmot y Wilkinson (1999) menciona que los problemas de salud se traducen sólo en la identificación de un agente

infeccioso, un marcador genético, un factor de riesgo definido o la exposición de otros agentes biológicos y químicos, sin tomar en cuenta el contexto en el que los individuos afectados se desenvuelven y viven.

Por su parte, Engel (1977) señaló algunas deficiencias en este modelo que tienen que ver con: 1) el criterio de “anormalidades bioquímicas”, 2) el gran peso que se le da al diagnóstico del estado físico, 3) esta aproximación se concentra en el estudio de los problemas fisiológicos, pero ignora la influencia de algunas situaciones vitales en la salud de las personas, tales como los eventos de vida, 4) este modelo no alcanza a explicar por qué las personas en algunas situaciones no buscan ayuda médica, por qué no se adhieren al tratamiento médico, etcétera; 5) mediante este modelo tampoco se puede determinar con exactitud la recuperación de la salud después de la enfermedad, puesto que no siempre desaparecen las alteraciones, aún cuando haya desaparecido la enfermedad física y 6) este modelo no puede explicar de manera satisfactoria la influencia de la relación médico – paciente en los resultados del tratamiento.

Pérez, Fernández, Fernández y Amigo (2003) comentan que aparte de las limitaciones antes mencionadas, se debe señalar que, ya que el diagnóstico del estado físico depende de la información que el paciente proporciona, y aunque el examen físico y las pruebas de laboratorio son decisivos, el diagnóstico descansa en gran medida sobre lo que el paciente es capaz de comunicar al profesional de la salud.

De ello depende, la exactitud y prontitud en el diagnóstico y también de la habilidad del médico en la entrevista terapéutica y su capacidad para comprender los determinantes psicológicos, sociales y culturales de los síntomas presentados por el paciente.

Por las razones anteriores y debido a las limitaciones del modelo biomédico, se fue formalizando un nuevo modelo que incorpora los aspectos tales como sus interacciones y el medio en el que se desenvuelve el paciente.

1.2.2. Modelo Biopsicosocial

Este modelo intenta adoptar los aspectos del modelo biomédico superando el binomio cuerpo-mente que permita comprender y controlar la enfermedad, es decir, el modelo biopsicosocial, sostiene que los factores biológicos, psicológicos y sociales son elementos determinantes de la salud y de la enfermedad (Pérez, et al., 2003).

Cabe destacar que estos factores se basan en la teoría de sistemas, según la cual, la salud, la enfermedad y la atención médica son un conjunto de procesos interrelacionados que interactúan dentro del individuo, y que conllevaría a distintas implicaciones clínicas como el proceso del diagnóstico, el tratamiento y lo que destaca explícitamente es la relación entre médico-paciente y si ambos reconocen una buena relación, la adhesión del paciente al tratamiento puede mejorar sustancialmente (Amigo, Fernández y Pérez, 1998). Por estas razones, la salud y la enfermedad tiene una causación múltiple, y múltiples también son sus efectos.

Por desgracia, el enfoque biopsicosocial aún no está siendo utilizado por los profesionales de la salud (Asenjo, Duran y Merino, 2002) y es importante considerarlo como un aporte estratégico para la promoción y mantenimiento de la salud.

Este modelo y la concepción de la OMS por el concepto de salud abren pasos para nuevos campos de investigación, tal como lo hace la psicología con el nacimiento de la psicología de la salud y en particular la medicina conductual.

1.3. Psicología de la salud y medicina conductual

Propiamente lo que el tratamiento psicológico ha buscado es aminorar o eliminar el sufrimiento y la finalidad es que a mediano y largo plazo se logren individuos más sanos física y psicológicamente y como consecuencia comunidades más saludables. Para comprender mejor el tratamiento

psicológico en ámbito hospitalario, cabe destacar que un hospital es parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médica sanitaria completa, tanto curativa como preventiva y cuyos servicios llegan hasta el ámbito familiar, (Morales, 1997).

Hablar del trabajo de la psicología en hospitales es discutir de otro proceso histórico de dos puntos: a) Psicología de la salud y b) Medicina Conductual.

1.3.1. Psicología de la salud

El surgimiento de la psicología de la salud se da en la década de los setenta, al reconocerse que la conducta del ser humano puede ser crucial tanto en el mantenimiento de la salud como en el origen y evolución de la enfermedad. Matarazzo (1980, pp. 815), “la define como la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud”.

La preocupación de la psicología de la salud radica en tratar diversos temas que permitan la comprensión de la prevención, promoción y el tratamiento de la enfermedad, especialmente cuando los profesionales de la psicología se han dedicado a trabajar en el tema, realizando estudios, investigaciones y contribuciones teóricas que generen modelos aplicables basados en la evidencia, que sirvan de solución a los problemas generales y específicos de la salud (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000).

Por lo tanto, se debe adoptar una perspectiva multidisciplinar para explicar y abordar la interacción entre todos los factores implicados. Para Oblitas (2004) la psicología de la salud está dirigida ó nace por tres razones: 1)

desde las enfermedades infecciosas hasta los trastornos de carácter crónico de etiología pluricausal que están ligados al estilo de vida de las sociedades industrializadas, 2) el tipo de enfermedades crónicas con las cuales el paciente tiene que vivir durante mucho tiempo y conlleva una serie de cambios en la calidad y estilo de vida y 3) el dualismo cuerpo-mente y, como un diagnóstico y tratamiento óptimo de una enfermedad siempre se verá influido en gran medida por la relación médico- paciente.

Dentro de la psicología de la salud se han tomado varias posturas que intentan dar una contribución para mejorar el cuidado de la salud, el primer intento fue el de la medicina psicosomática que quiso dar cuenta de las relaciones entre los procesos psicológicos y las estructuras somáticas bajo la influencia del psicoanálisis. Después surgió la psicología médica, donde su objetivo se centra en el estudio de los factores psicológicos relacionados con cualquiera de los aspectos de la salud física y su tratamiento a nivel del individuo, el grupo y los sistemas. Sin embargo, ninguna ha podido englobar todo el trabajo que caracteriza a la psicología de la salud, e incluso la psicología médica olvida el papel de otras profesiones clínicas en el cuidado de la salud, subordinando el campo psicológico al médico. Por lo tanto, nace otra postura llamada medicina conductual (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

1.3.2. Medicina Conductual

La medicina conductual es un campo que surgió de la psicología y no de las ciencias biomédicas y socioculturales (Piña, et al., 1996). La medicina conductual nace propiamente de la teoría conductista, donde la preocupación principal son las conductas de la salud y enfermedad, las contingencias que la mantienen y los cambios necesarios que habría que operar para modificar dichas conductas (Amigo, et al., 1998).

Schwartz y Weiss (1978) definen a la medicina conductual como el campo interdisciplinar que se ocupa del desarrollo e integración del conocimiento y las técnicas propias de las ciencias comportamental y biomédica, relacionadas con la salud y la enfermedad, y de la aplicación de

este conocimiento y estas técnicas a la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación.

Sin embargo, la definición más conocida para lo que llamamos medicina conductual es la descrita por Pomerleau (1979, en Borda, Pérez y Blanco, 2000), que se refiere a modificar la conducta para prevenir o tratar la enfermedad y dicho objetivo se materializa en cuatro líneas de desarrollo:

1. Intervención para modificar una conducta abierta o respuesta fisiológica que en sí misma constituye un problema de salud.
2. Intervención para modificar la conducta de los profesionales de la salud y mejorar sus servicios de salud.
3. Intervención para modificar la adherencia al tratamiento prescrito.
4. Intervención para modificar conductas o respuestas que constituyen un factor de riesgo para la enfermedad.

Es importante mencionar que estos objetivos son primordiales para una intervención psicológica, sin embargo, Borda, Pérez y Blanco (2000) y Buceta, Bueno y Mas (2000) incluyen: 1) investigación sobre la efectividad de la intervención, 2) identificación de los factores comportamentales que tras su modificación reducen el grado o la frecuencia de la enfermedad, 3) abordaje de toda la gama de enfermedades, 4) establecimiento de la distinción entre la prevención primaria (prevención), secundaria (tratamiento) y terciaria (rehabilitación).

Cabe resaltar que ambos enfoques están relacionados, es decir, la psicología de la salud y la medicina comportamental, sin embargo, no son lo mismo. La medicina comportamental es un campo interdisciplinar que incluye varias áreas (ciencias biomédicas, comportamentales, antropología, medicina, etcétera) para tratar y prevenir la enfermedad y promover la salud. Y por otra parte la psicología de la salud se define como la disciplina encargada de estudiar los avances que se producen en diversas áreas de la psicología (social, aprendizaje, modificación de conducta) para ser aplicados en el campo de la medicina conductual (Borda, Pérez y Blanco, 2000). Aunque lo que

destaca en la medina conductual son las técnicas de modificación de conducta (Borda, Pérez y Blanco, op cit.), englobadas en el marco cognitivo- conductual.

Perfil del psicólogo hospitalario

Las actividades que realizan los psicólogos en el ámbito hospitalario son muy importantes, ya que se parte de que los pacientes se encuentran con estrés, falta de información de la enfermedad, incertidumbre a los procedimientos o tratamientos así como renuentes al mismo, dolores crónicos, cirugías, entre otras. Por tanto, el psicólogo que labore en estas instituciones, está obligado a conocer de manera general las características de los problemas de salud que allí se atienden, de los diagnósticos y procedimientos terapéuticos que se utilizan con más frecuencia, de los aspectos epidemiológicos de las enfermedades en cuestión, los riesgos de todo tipo, además de que debe estar en constante actualización. La atención psicológica se da entonces de acuerdo a los requerimientos médicos, necesidades del paciente o también, de acuerdo al criterio del psicólogo (García, 2006).

Los principales objetivos de la psicología en hospitales son: 1) asistencia directa a los enfermos y sus familiares, 2) la docencia, mediante enseñanza regular de contenidos en psicología a estudiantes de medicina y 3) la investigación debe estar orientada al esclarecimiento de los problemas de salud (Ulla, 2003).

Además, debe contemplar otras problemáticas como son: a) la información médica y psicosocial en la etapa aguda, b) la adaptación de un estresor continuo y c) etapa crónica y/o enfrentamiento a la pérdida en fase terminal. Por ello, la función que debe desempeñar el psicólogo es que esta respuesta del paciente, llámese estrés, por ejemplo, que puede estar modulada por diversas variables (personales o situacionales), no se eleve o alcance niveles desadaptativos de frecuencia, intensidad y duración (Ulla, 2003).

Ulla (2003) hace hincapié en que la posible intervención psicológica es en distintos niveles, la primera estaría enfocada con decisiones políticas y

gestión institucional, que incluye a) decisiones sobre elementos arquitectónicos y ergonómicos, b) cuestiones que afecten a la satisfacción laboral de los cuidadores, c) cuestiones organizativas relativas a la movilidad de los pacientes, etc. La segunda posible intervención es en asesoría y formación de otros profesionales como: a) detección de casos con ciertas alteraciones del comportamiento, b) habilidades de Counselling, c) promoción del apoyo familiar, d) adopción de procedimientos que permitan al paciente una mejor calidad de vida y control ambiental. La tercera se refiere a la intervención grupal en la que destacan: a) programas de prevención del estrés hospitalario, b) programas de prevención del estrés ante intervenciones médicas (trasplantes, quirúrgicas), c) programas encaminados a la preparación vuelta a casa, d) grupos de autoayuda y e) programas destinados a familiares. La cuarta y última intervención sería de carácter individual como: a) prevención de respuestas de negación, b) control de anticipaciones negativas, c) entrenamiento en habilidades específicas, d) relajación y control de respuestas emocionales desadaptativas y por último contracondicionamiento de respuestas condicionadas.

Por esta razón, es de suma importancia la labor del psicólogo y que éste trabaje en modo interdisciplinar con los demás profesionales.

En lo referente al campo de aplicación, el psicólogo que trabaja en hospitales debe relacionarse con la evaluación, tratamiento y rehabilitación de trastornos específicos (cardiovasculares, del sistema nervioso central, gastrointestinales, respiratorios, renales, sexuales, alimenticios, dolor crónico, cáncer, etcétera), estando atento de conocer la terminología médica y convertirla en una herramienta para introducirse en el ámbito de la salud.

Martínez y Barreto (2003) mencionan que el psicólogo tiene la ventaja que reside en el hecho de sus conocimientos y habilidades en comunicación humana, le facilitan llevar a cabo una relación con los profesionales y con el paciente.

Para ello, la formación del psicólogo especializado en la salud, se organiza en tres secciones (Martínez y Barreto, 2003):

- a) formación básica, es decir licenciado en psicología que se obtiene durante la preparación universitaria
- b) formación especializada en psicología clínica y de la salud
- c) formación continua, necesita mejorar su práctica y estar en actualización de los avances científicos en este ámbito.

1.4. Ejemplos de intervención psicológica en ambientes hospitalarios

Algunos ejemplos de intervención del psicólogo son en pacientes amputados, con dolor crónico, pacientes oncológicos, cuidados paliativos, asma bronquial, trastornos cardiovasculares, VIH, diabetes, trasplantes, enfermedades renales, entre otros. (Amigo, et al., 2003; Remor, Arranz y Ulla, 2003).

Un ejemplo concreto de la intervención psicológica es en los padecimientos renales, dentro de los cuales las enfermedades más conocidas como son:

- Insuficiencia Renal Aguda
- Insuficiencia Renal Crónica

En la enfermedad renal, las reacciones disfuncionales sobre las que trabaja el psicólogo son respuestas fóbicas y de ansiedad, reacciones de suicidio, prescripciones médicas, adhesión al tratamiento o dieta, depresión, disfunción sexual y problemas psicosociales (Amigo, et al., 1998).

O bien el caso de la Trasplantología, es decir, el proceso de trasplante que puede convertirse en una experiencia de estrés (Martínez, 2003), este proceso va desde la evaluación psicosocial de los candidatos a trasplante, el periodo de preoperación, el afrontamiento y el proceso postoperatorio.

En resumen, para llegar al concepto de salud que ahora conocemos y que sin duda adopta una perspectiva multidisciplinar, tuvo un desarrollo histórico que comienza con el modelo biomédico limitado al dualismo mente-cuerpo y cuestiones físicas y químicas, por lo que posteriormente surge del modelo biopsicosocial, que además de tratar el dualismo mente-cuerpo también hace hincapié en elementos determinantes para la salud-enfermedad como lo son los factores biológicos, psicológicos y sociales; de esta concepción nace la psicología de la salud para tratar diversos temas que permitan la comprensión de la prevención, promoción, el tratamiento de la enfermedad y la relación médico-paciente, que sirvan de solución a los problemas generales y específicos de la salud, resaltando la contribución de la medicina comportamental y sus técnicas de modificación de conducta para el mejoramiento del padecimiento, la adherencia al tratamiento y, la calidad y estilo de vida. Un tema importante para la psicología de la salud es la intervención en padecimientos crónico degenerativos que hoy en día ocupan un lugar primordial dentro de la medicina y que generan gran impacto en los pacientes, la familia y ámbito social en el que se desenvuelve el paciente, un claro ejemplo de ello son las enfermedades renales.

CAPÍTULO 2. ENFERMEDADES RENALES

El ser humano está compuesto una gran variedad de órganos que realizan diversas funciones para que esté en equilibrio, cuando esto no ocurre recurrimos a la visita con el médico, donde uno de los principios fundamentales de la medicina, es el tratamiento (Penzo, 1999). Un ejemplo de enfermedades son las renales, donde los riñones realizan una infinidad de funciones como limpiar, filtrar, eliminar sustancias que ya requiere nuestro cuerpo.

2.1. Anatomía del Riñón

Los riñones son órganos que se encuentran detrás del peritoneo en la cara posterior del abdomen a cada lado de la columna vertebral (Tisher y Madsen, 1989). Son dos vísceras de color pardo-rojizo, y contornos lisos y están rodeados de tejido fibro-adiposo. Además miden 11 cm de alto por 6 de ancho y 3 de grosor, su peso oscila entre 150 y 160 gr. Cada riñón está tapizado por una delgada cápsula conjuntiva rica en fibras colágenas, entre las que aparecen células musculares lisas (Arévalo, 2003).

La unidad funcional del riñón es la nefrona que contiene aproximadamente 1.200.000 nefronas entre los dos riñones (Thiser y Madsen, 1989).

Cada nefrona, a su vez está compuesta por: a) glomérulo; b) túbulo contorneado proximal (TCP) inicial; c) TCP terminal e inicio de pars recta; d) pars recta del TCP terminal; e) porción ascendente del asa de Henle; f) porción estrecha de la rama ascendente del asa de Henle; g) porción gruesa ascendente, medular del asa de Henle, h) porción gruesa ascendente, cortical; i) mácula densa; j) túbulo contorneado distal; k) túbulo colector; l) segmento inicial del túbulo colector l; m) túbulo colector cortical; n) porción externa del túbulo colector medular y ñ) túbulo colector papilar (Carreras, 1989).

El riñón comienza a desarrollarse a la quinta semana y no es completamente funcional hasta el inicio de la vida fetal, hacia el final de la octava semana de gestación (Rey, 2004).

2.2. Fisiología del riñón

La misión fundamental del riñón es la de mantener el equilibrio interno, pues está encargado de la regulación hidroelectrolítica y la eliminación de productos metabólicos y sustancias químicas exógenas, y, además controla la tensión arterial y la producción de eritrocitos, participando en la actividad de la vitamina D y en la gluconeogénesis (Carreras, 1989). Y es capaz de sintetizar diversas hormonas y precursores que desempeñan el papel importante en la regulación del sistema cardiovascular, e incluso en la propia función renal (López y Rodríguez, 2003).

Como parte de las múltiples funciones del riñón, éste conserva el agua y los electrolitos presentes normalmente en los fluidos del organismo, principalmente sodio, potasio, cloruro y bicarbonato, elimina el exceso de agua, electrolitos y productos metabólicos de desecho (urea, creatinina, hidrogeniones) y por último, productos tóxicos, mediante dos procesos: 1) la formación de un gran volumen de ultrafiltrado líquido extracelular y 2) proceso selectivo de filtrado. En el primer proceso se requiere gran irrigación sanguínea, por lo que el riñón humano normal recibe un flujo sanguíneo renal (FSR) de alrededor del 1.200 ml/min (López y Rodríguez, 2003).

2.3. Valoración clínica del enfermo renal

Para llevar a cabo un diagnóstico primario de cualquier padecimiento renal se deben de considerar tres elementos básicos: la historia del paciente, una exploración física y datos de laboratorio (Cattran, 1985). En general, estos tres elementos están en función de los signos y síntomas que el paciente señale, es decir, dependiendo de las causas por las cuales acuda a consulta se determinarán los tres pasos mencionados antes.

a) historia clínica del paciente

La base fundamental del estudio de todo enfermo con patología renal, es una historia clínica completa que debe comprender: a) historia del proceso por el cual se consulta (antecedentes personales), b) antecedentes familiares, c) antecedentes sociales, además de, factores que le rodean en el trabajo y ocio (Hernando, 2003).

Se debe comenzar con la recogida de información, ordenada en el tiempo, de acuerdo a los síntomas referidos por el paciente; cabe destacar que es importante que el paciente comente enfermedades anteriores, es decir, enfermedades que padeció a edades tempranas como por ejemplo recurrentes infecciones de vías urinarias, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 1 u otras, además en el caso de las mujeres se deben recoger datos relacionados con su historia menstrual, embarazos, abortos, métodos anticonceptivos, que deben ser tomadas en cuenta no sólo por su posible relación con la alteración renal sino también para tomar decisiones terapéuticas. Otros datos que deben ser recogidos en la entrevista para la historia clínica son el estatus socio-económico, la educación recibida y la relación familiar ya que son importantes para cualquier enfermedad crónica que puede ser hereditaria, por el tipo de tratamientos, la comprensión del diagnóstico y pronóstico de la enfermedad. Hernando (2003) menciona que un factor más a considerar es el trabajo u ocupación del paciente, ya que en determinadas industrias se manejan productos nocivos o que pueden causar lesiones renales o de vías. También deben tomarse en cuenta los hábitos alimenticios de los pacientes ya que sirven para interpretar mejor determinados síntomas del paciente y por último se debe tomar en cuenta la ingesta de medicamentos que hace el paciente desde las fechas de inicio hasta la terminación, la dosis, y síntomas aparecidos durante su empleo.

a) exploración física

En la exploración física, como parte inicial, se recogen datos como talla, peso, pliegue graso y perímetro del antebrazo, también la piel y los ojos deben

ser examinados de manera cuidadosa. Otro punto es la inspección, palpación y auscultación torácicas que pueden ayudar a detectar alteraciones cardiacas asociada a las patologías renales (Hernando, 2003).

b) pruebas de laboratorio

Bermúdez (1991) sugiere que los métodos para el estudio de la función renal son: el examen general de orina, valores sanguíneos que permiten estimar la función renal, pruebas para estimar el flujo sanguíneo renal, la secreción tubular, y la biopsia renal. Por su parte, Arias, Escallada y Carril (2003) engloban las pruebas para la valoración completa de un paciente renal (ver Tabla 1).

Tabla 1. Pruebas de función renal y pruebas prácticas de función renal que deben colaborar en el diagnóstico, su importancia radica para calcular el ritmo de progresión de la enfermedad.

Pruebas de función renal		Pruebas practicas de función renal
Función	Prueba específica	
Filtración glomerular	Aclaramiento de inulina	Filtración glomerular
		Aclaramiento de creatinina
Flujo plasmático renal	Aclaramiento de paraminohipurato	Creatinina sérica
		Aclaramiento de urea
Transporte tubular	TmPAH	Nitrógeno uréico sérico
Proximal	Tm de glucosa	Densidad urinaria
Transporte tubular	Concentración y dilución	Osmolaridad urinaria
Distal	TCH ₂ O,CH ₂ O	U/P osmolar
	U/P osmolar	
Equilibrio ácido-base	Tm de bicarbonato	
Excreción de amonio y acidez titulable	Excreción de amonio tras cloruro amónico	

2.4. Presentación de las enfermedades

La presentación de las enfermedades renales puede ser de tres tipos: enfermos sintomáticos, enfermos asintomáticos y alteraciones renales en enfermedades sistémicas (ver Figura. 1). En los primeros, los pacientes refieren síntomas directos o indirectos de daño renal; en el segundo, el enfermo está asintomático, se detecta su padecimiento por un control clínico o analítico; y por último las alteraciones renales, se dan cuando el enfermo tiene una enfermedad sistémica que afecta la función del riñón y se estudia este órgano (Hernando, 2003).

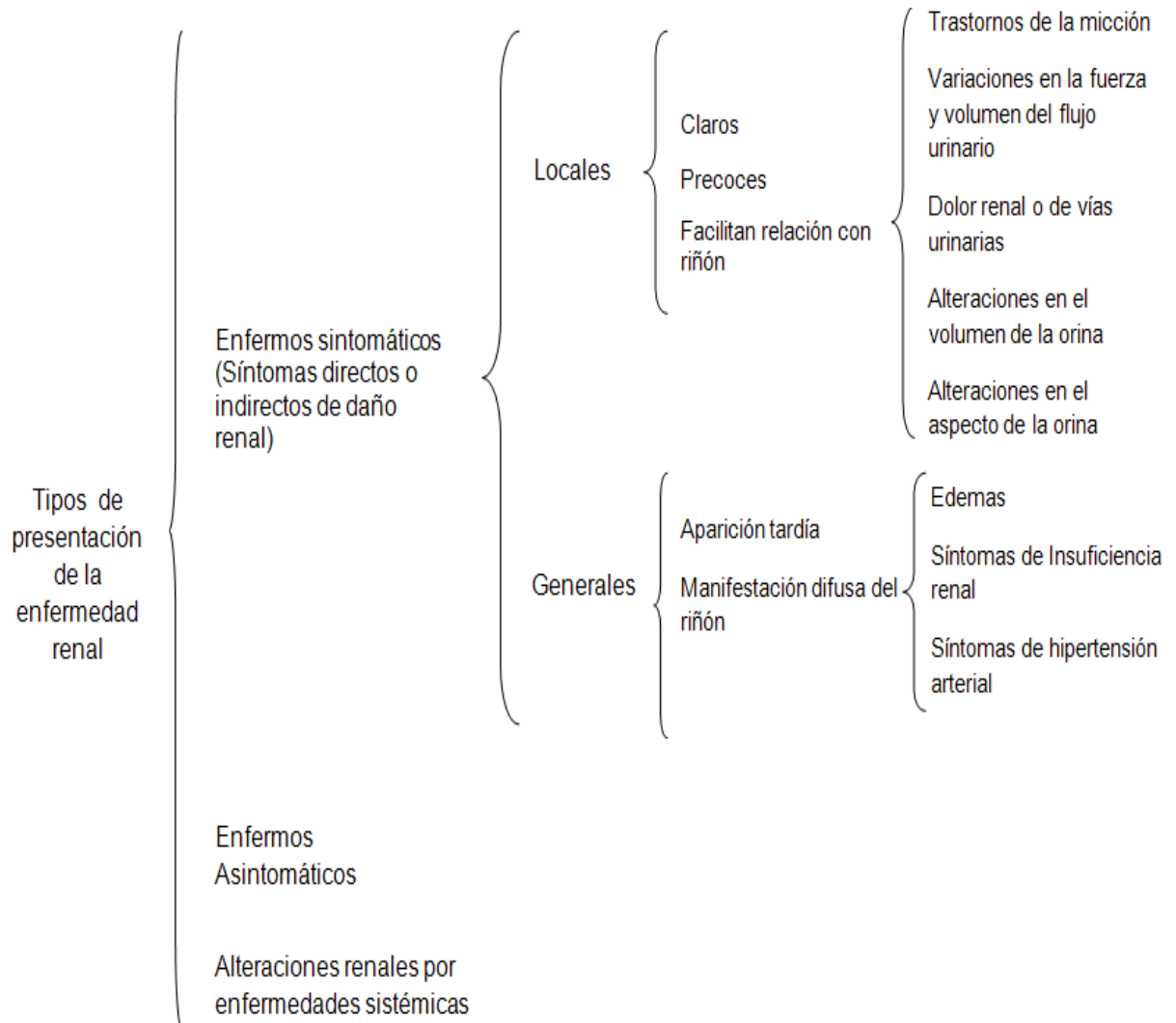


Figura 1. Tipos de presentación de la enfermedad renal

a) Enfermos sintomáticos

Para la valoración del enfermo renal existen dos tipos de síntomas, es decir, locales y generales. Los síntomas locales son claros y precoces que facilitan la relación con el riñón o las vías urinarias, entre ellos destacan trastornos en la micción, variaciones en la fuerza y el volumen del flujo urinario, alteraciones en el volumen de la orina, alteraciones en el aspecto de la orina (Hernando, 2003) (Ver Tabla. 2).

Tabla 2. Síntomas locales, signos y síntomas para una mejor valoración.

Trastornos de la micción	Disuria: se detecta por una sensación desagradable de quemazón o cosquilleo en el meato uretral y suele guardar relación con procesos inflamatorios de vejiga, próstata o uretra.
	Frecuencia: es un aumento en el número de micciones producido por irritación de la vejiga o por un vaciamiento incompleto de la misma.
Variaciones en la fuerza y volumen urinario	Frecuentemente presentada por hombres mayores a 50 años, por un aumento en el tamaño de la próstata que produce dificultad para iniciar o terminar micción.
Dolor renal o de vías urinarias	Es poco común, pero cuando es referido este se da principalmente en zonas renales por un proceso obstructivo o inflamatorio de vías urinarias altas.
Alteraciones en el volumen de la orina	La causa más frecuente en esta alteración es por una sobrecarga de solutos por IRC ó Diabetes Mellitus
	Oliguria: es la reducción del volumen urinario por debajo del necesario para eliminar residuos metabólicos. Anuria: ausencia total de orina
Alteraciones en el aspecto de la orina	Hematuria: es la presencia de cantidades anormales de hematíes en la orina, es decir, el paciente emite orina oscura o propiamente sangre (Rabin, 1985)
	Proteinuria: es la presencia de proteínas en la orina (identificada como orina con espuma).
	Listiasis: es la expulsión de cálculos, acompañada o no de dolor cólico.
	Neumaturia: es la salida de aire mezclada con orina

Los síntomas generales son de aparición tardía y de manifestación difícil para el enfermo relacionar con el órgano afecto, pero de repercusión en la función renales decir, habitualmente de manifestación difusa del riñón (Hernando, 2003) (ver Tabla. 3).

Tabla 3. Síntomas generales, poco llamativos y tardíos, pero de repercusión en el riñón.

Edemas Su localización es periorbital, la aparición del edema y su grado depende de la edad, es decir, tarda en aparecer en niños y es más frecuente su presencia en ancianos. Cabe destacar que medicamentos como los esteroides pueden producir edemas.
Síntomas de insuficiencia renal La insuficiencia renal se divide en estadios, en el primero el paciente ha perdido una gran parte de su reserva funcional y no presenta síntomas clínicos atribuibles a ello, ni siquiera alteraciones bioquímicas, en el segundo comienzan a elevarse la urea y la creatinina en la sangre, el tercero las alteraciones bioquímicas comienzan a ser francas, en el cuarto los síntomas por parte de todos los órganos y aparatos están presentes y finalmente se alcanza un coma irreversible de no emplearse los tratamientos sustitutivos.
Síntomas de hipertensión arterial La patología renal es la causa más frecuente de la hipertensión secundaria, incluso cuando se presenta aislada. Sus síntomas son específicos y se relacionan con el aparato cardiovascular.

b) Enfermos Asintomáticos

Hernando (2003) menciona que las enfermedades renales cursan con frecuencia de forma asintomática, por lo cual, el estudio correcto de la función renal merece una gran importancia. Por esta razón la función renal se puede medir eficazmente por determinaciones analíticas rutinarias, lo que permite hacer diagnósticos tempranos y tratamientos más eficaces.

c) Enfermedades Sistémicas

Existen muchos padecimientos sistémicos que afectan al riñón y cuando esto sucede la lesión renal condiciona en gran medida el pronóstico. La afectación renal es el primer síntoma de la enfermedad sistémica, pero

frecuentemente el daño renal forma parte de un cuadro complejo con afectación de órganos y aparatos (Hernando, 2003).

2.5. Enfermedades renales

Los pacientes con enfermedades renales llegan a la consulta por diferentes causas y sintomatologías entre ellos se encuentran los edemas, hipertensión arterial, cambios en las características de la orina, dolor lumbar, disuria, por tumor en abdomen o por decaimiento. Cabe destacar que los síntomas pueden ser muchos y variados, pero en otras ocasiones son muy pobres, pero ello no significa que no haya enfermedad (Pisciottano, 2005). Algunas de las enfermedades que se pueden presentar en los riñones son: Glomerulares, Intersticiales y las Insuficiencias renales. .

2.5.1. Glomerulares

El glomérulo es un vaso muy especializado con dos componentes fundamentales: células y matriz extracelular. Cuando hay daño glomerular se activan procesos de regularización del número de células y del fenotipo celular y, del depósito de matriz extracelular. Como consecuencia de estos procesos, la morfología de las enfermedades glomerulares es muy dispar y oscila desde la normalidad óptica del síndrome nefrótico de cambios mínimos al exceso de células de la glomerulonefritis postinfecciosa (Ortiz, 2003).

El término genérico de glomerulonefritis se emplea para designar a todas aquellas enfermedades que afectan la estructura y función glomerular (Alcázar y Egado, 2003).

Las principales funciones del glomérulo renal son: a) filtrar la sangre eliminando diversos productos de desechos y b) retener las proteínas y las células sanguíneas durante el proceso de filtración. Arias, Escallada y Carril (2003) comentan que las enfermedades que afectan al glomérulo renal se manifiestan como una anomalía, generalmente un descenso en la tasa de

filtración glomerular o una pérdida inadecuada de proteínas o células en la orina.

Gordillo (2003) y Ortiz (2003) comparten que las enfermedades glomerulares son un grupo heterogéneo de entidades, sin embargo, Alcázar y Egido (2003) mencionan que diversas escuelas nefrológicas han pretendido obtener una clasificación de glomerulonefritis en grupos homogéneos de acuerdo a los enfoques clínico, etiológico e histológico.

El enfoque clínico clasifica a las glomerulonefritis en función de su evolución en el tiempo, es decir en glomerulonefritis agudas que evolucionan en días (con un comienzo y en muchas ocasiones con un fin), glomerulonefritis rápidamente progresivas se caracterizan por un deterioro progresivo de la función renal a lo largo de semanas o meses y por último están las glomerulonefritis crónicas por su curso insidioso y evolución variable a lo largo de los años (Alcázar y Egido, 2003).

El segundo enfoque es el etiológico, bajo éste se distinguen dos tipos de glomerulonefritis : primarias y secundarias, sin embargo, esta distinción tiene limitantes ya que las glomerulonefritis primarias no pueden distinguirse debido a que su origen es desconocido y además, una misma puede producir varios patrones de enfermedad glomerular (Alcázar y Egido, 2003).

El tercer y último enfoque es el histológico, Alcázar y Egido (2003) hacen hincapié en que no es una clasificación perfecta, aunque es el más usado en la actualidad, porque permite separar a las glomerulonefritis en grupos de enfermedades más homogéneas y aporta la mayor información.

Los pacientes con glomerulonefritis se presentan con una variada sintomatología que se encuadra en uno o más de los grupos siguientes: 1) hematuria asintomática; 2) glomerulonefritis aguda; 3) glomerulonefritis rápidamente progresiva; 4) síndrome nefrótico y 5) glomerulonefritis crónica. Sin embargo, para alcanzar un correcto diagnóstico se hace necesario el análisis patológico de una muestra de tejido renal (biopsia) (Frutos s/a).

2.5.2. Intersticiales

Comúnmente se denominan nefropatías túbulo intersticiales para destacar la coexistencia de grados variables de lesión en los túbulos. Estas nefropatías túbulo intersticiales pueden ser agudas o crónicas. Las primeras se caracterizan por fracaso renal agudo con sustrato histopatológico de inflamación intersticial y daño tubular. Las nefropatías intersticiales crónicas se caracterizan por la presencia de fibrosis intersticial con fenómenos inflamatorios y atrofia de estructuras tubulares. También se puede ver afectación intersticial acompañando a procesos sistémicos y a nefropatías glomerulares primitivas.

Mejía (2003) afirma que las enfermedades túbulo-intersticiales son un heterogéneo y extenso grupo de trastornos que afectan en forma primaria o secundaria al intersticio y a los túbulos renales y hace la clasificación dependiendo de la causa como: a) farmacológica, b) infecciosa, c) hereditarias, d) toxica, e) inmunológica, f) idiopática, g) uropatía obstructiva, y h) neoplasia. A su vez, las clasifica en agudas o crónicas, dependiendo de la frecuencia en un patrón de tiempo. Las agudas se caracterizan por un proceso agudo con la presencia de un patrón histológico de inflamación y edema intersticial. Las crónicas se caracterizan por tener fibrosis, atrofia tubular, éstas a su vez, se clasifican en primarias y secundarias.

Pisciottano (2005) menciona que el cuadro típico y frecuente de las nefropatías túbulo-intersticiales agudas es de origen medicamentoso constituyendo una forma de reacción atópica caracterizada por fiebre, eritema cutáneo y eosinofilia. Por su parte, Kelly y Neilson (2005) señalan que la presentación de esta enfermedad es la disminución repentina de la función renal, que se produce con frecuencia en un paciente asintomático que acaba de pasar por una enfermedad o que ha empezado un nuevo tratamiento y su evolución suele durar desde varios días a semanas.

En el caso de las nefropatías túbulo-intersticiales crónicas Pisciottano (2005) comenta que se originan en agresiones físicas y químicas favorecidas

por las características especiales de la medula renal, que va a provocar la precipitación de sales y sustancias que van a ir lesionando progresivamente al intersticio y esta progresión puede llevar al paciente a una insuficiencia renal crónica avanzada.

Las personas con nefropatías túbulo-intersticiales crónicas se diagnostican de dos maneras: 1) por los síntomas sistémicos de la enfermedad y 2) por síntomas inespecíficos de la enfermedad renal. Sin embargo, los síntomas referidos por el paciente son cansancio, debilidad, náuseas, nicturia y trastornos del sueño (Kelly y Neilson, 2005).

2.5.3. Insuficiencia Renal Aguda (IRA)

La Insuficiencia Renal Aguda (IRA) o Necrosis Tubular Aguda (NTA) es definida como una declinación súbita en la función renal que produce retención de los productos nitrogenados terminales del metabolismo, esta definición incluye trastornos no renales principalmente, como el aumento de la urea en la sangre y la creatinina en suero que acompaña a los estados hipovolémicos, así como los debidos a obstrucción de las vías urinarias, pues estos trastornos se deben considerar siempre en el diagnóstico diferencial del paciente urémico agudo (Linton, 1990).

Weiss (2000) y Wilson (1985) definen a la IRA como un decremento repentino de la función de los riñones, manifestado por aumento del nitrógeno urémico sanguíneo y de la concentración sérica de creatinina y que puede ir acompañada de oliguria.

Las causas de la IRA tiene tres categorías principales según Linton (1990): 1) Prerenal (volumen intravascular reducido, disminución del gasto cardiaco); 2) Renal (necrosis tubular aguda, nefrotoxinas, enfermedades glomerulares, enfermedades tubulares, enfermedades vasculares); 3) Posrenal (uropatía obstructiva u obstrucción de vías urinarias).

Wilson (1985) comparte con Linton (1990) la clasificación anterior, pero además destaca que pueden agruparse según afecten de forma predominante a uno de los componentes principales del riñón, es decir, elementos vasculares, glomerulares, intersticiales, tubulares o médula renal.

El diagnóstico consiste en una historia cuidadosa, exploración física, datos urinarios y estudios esenciales de laboratorio y radiológicos (Wilson 1985).

Weiss (2000) destaca que el tratamiento es un sostén para el paciente, de igual manera menciona no existe tratamiento específico, sin embargo sugiere que sea: a) restricción del ingreso de líquido, sodio, potasio y fosfato; b) restricción del ingreso de proteína; c) uso de diuréticos; d) ajuste en la dosis de medicación; y, e) diálisis.

Por su parte, Linton (1990), menciona que los tratamientos del IRA son en tres fases: en la fase temprana o inicial NTA se administra manitol y frusemida; la siguiente fase es la establecida y el tratamiento consiste en el equilibrio de agua y electrolitos; en la última fase el tratamiento conservador, donde el objetivo es mantener al paciente en la mejor condición posible, permitiendo que tenga una recuperación espontánea o en su defecto el procedimiento es con diálisis.

2.5.4. Insuficiencia Renal Crónica (IRC)

Antiguamente se identificaba a la IRC como “el coma urémico”, pero en la actualidad esta enfermedad recibe diversos nombres tales como enfermedad renal avanzada, enfermedad renal permanente, insuficiencia renal irreversible ó insuficiencia renal en etapa terminal (Treviño, 1985).

La característica distintiva de la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es una reducción en velocidad de filtración glomerular, es decir una disminución en la masa de nefronas y reducción general de la capacidad excretoria (Dawborn, 1990).

La IRC es una enfermedad que determina importantes alteraciones en todo el organismo, ocasionando trastornos tanto de tipo físico como psicológico. A nivel físico ocurre que si la función renal se retarda o el riñón se lesiona, se desencadena la incapacidad de éste para realizar el trabajo, lo cual se conoce como IRC. Si ambos riñones fallan, el cuerpo comienza a retener líquidos y sustancias nocivas, cuando esto llega a suceder es necesario recurrir a tratamientos que sustituyan la labor de los riñones (Vidal, 2003).

Con frecuencia las glomerulonefritis son las primeras que llevan a una insuficiencia renal, después le continúa la pielonefritis crónica retráctil, luego las nefropatías diabéticas en su etapa avanzada, le siguen las nefropatías de la colágena, la nefroangioesclerosis y por último la nefropatía gotosa. En términos aplicables, la función renal se mide a través de la filtración glomerular, empleando el método de depuración o aclaramiento de creatinina. Siendo que la filtración glomerular normal es de 120 ml por minuto \pm 15 y cuando existe insuficiencia renal propiamente dicha el paciente tiene una depuración de creatinina inferior a 30 ml por minuto (Treviño, 1985).

También menciona que los principales síntomas de la IRC se inician lenta y progresivamente, además, los pacientes con insuficiencia renal tienen una sintomatología múltiple, variada y a veces inespecífica, por lo cual es muy frecuente encontrar pacientes que han iniciado insuficiencia renal crónica y por no presentar manifestaciones características del padecimiento, no pueden ser diagnosticados a tiempo.

Y destaca que algunos de los síntomas que pueden experimentar los pacientes son: 1) malestar en general (pérdida de peso, adelgazamiento, fatiga, astenia, adinamia, intervención del nictámero y del ritmo de sueño); 2) síntomas digestivos (anorexia, náusea, vómitos, digestión deficiente y evacuaciones diarreicas); 3) síntomas cardiovasculares (hipertensión arterial); 4) trastornos en el metabolismo del calcio y del fosforo (caracterizada por prurito, dolor óseo, inmovilidad muscular, osteomalacia, osteitis fibrosa quística y en ocasiones fracturas espontaneas); y, 5) trastornos neurológicos (pérdida de la concentración, irritabilidad, somnolencia, temblores finos, fasciculaciones

y en etapa final sopor, convulsiones tónico-clónicas, coma y muerte), además, el sentido de la visión, gusto y oído se ven afectados.

Vidal (2003) también proporciona un listado más global e identificable para los pacientes de algunos de los síntomas que pueden aparecer en los pacientes entre ellos: fiebre, aumento o disminución de micciones, entumecimiento, dolores o espasmos musculares, dolores de cabeza, insomnio, pérdida de apetito, cansancio, anemia, náuseas, vómitos, aumento en la tensión arterial. Además, menciona que la IRC puede producirse por gran variedad de circunstancias como por ejemplo: infecciones, abuso de medicamentos, traumatismos, nefritis, glomerulonefritis, diabetes o hipertensión.

Cabe destacar que en la actualidad no hay medicamento o método terapéutico que cure al enfermo con insuficiencia renal crónica, a excepción del trasplante renal, aunque los médicos siempre recurren al tratamiento conservador ya que éste propone preservar o conservar la función renal, basados en fármacos, dieta y actividad física. Cuando el tratamiento conservador no es suficiente o se genera un rechazo y por tanto la función renal se encuentra por debajo de 5 ml por minuto de depuración de creatinina, es el momento para cambiar a un tratamiento sustitutivo llamado diálisis (Treviño, 1985).

2.6. Tratamientos Sustitutivos

El tratamiento sustitutivo renal debe comprender diversas técnicas de diálisis potenciando el trasplante renal. El fundamento de estas técnicas es lograr el equilibrio positivo en beneficio del paciente, es decir, un principio importante para un programa de tratamiento sustitutivo renal, debe ser el potenciar métodos eficaces, efectivos y eficientes (García, Ponz y Soley, 1998).

Por tanto, es el proceso de eliminar los productos de desecho y exceso de agua de la sangre. Vidal (2003) describe que existen dos modalidades: a) la *hemodiálisis* cuyo procedimiento es sustituir la acción limpiadora y filtradora del

riñón a través de un circuito extracorpóreo que hace pasar la sangre por medio de un dializador, capaz de limpiar la sangre y extraer del cuerpo la sal, el exceso de líquido y desechos tóxicos. Estas sesiones de hemodiálisis se realizan 3 veces por semana y se ocupan alrededor de 2 a 4 horas. Y b) la *diálisis peritoneal*, este otro procedimiento consiste en reemplazar la función del riñón, es decir, limpia la sangre del cuerpo utilizando la membrana peritoneal del paciente. Para realizar este tipo de diálisis, el paciente deberá someterse a una operación en la que se le insertará un catéter en la cavidad abdominal que estará instalado de forma permanente.

De hecho, García, Ponz y Soley, (1998) comentan que los métodos más eficaces son el trasplante renal, diálisis peritoneal y la hemodiálisis, esta última es la referencia de oro que permite el desarrollo de los programas sustitutivos, sin embargo, desde el punto de vista de aplicación a la población, la diálisis peritoneal continua ambulatoria es el método más sencillo y aplicable en pacientes que no tienen contraindicación, seguido de la hemodiálisis de tecnología compleja y por último el programa de trasplante.

La hemodiálisis (HD) es una técnica de depuración sanguínea extracorpórea que suple parcialmente las siguientes funciones (García, 1998):

- a) Excreción de solutos
- b) Eliminación de líquido retenido
- c) Regulación del equilibrio ácido-base y electrolítico
- d) No suple las funciones endocrinas ni metabólicas renales

Los mecanismos físicos que regulan estas funciones son dos: difusión o transporte por conducción y la ultrafiltración o transporte por convección (Hollomby, 1985).

Sanz (1998) señala que modalidades de la hemodiálisis son: a) hemodiálisis convencional, b) hemodiálisis de alta eficacia, c) hemodiálisis de alto flujo, d) hemofiltración, e) hemodiafiltración.

El siguiente tratamiento es la diálisis, y según Stewart y Farrel (1990), el objetivo de este tratamiento es sustituir todas las funciones perdidas de los riñones naturales, es decir, en esta técnica la sangre se pone en contacto, a través de una membrana semipermeable, con una solución fisiológica de electrolitos a la sangre que suele agregarse glucosa (dializado) por medio de la transferencia de moléculas entre la sangre y el dializado, este proceso es controlado por los mecanismos de difusión y convección.

Al igual que en la hemodiálisis, la diálisis peritoneal tiene variaciones o modalidades como son: a) diálisis peritoneal intermitente, b) diálisis peritoneal estándar, c) diálisis peritoneal periódica, d) diálisis peritoneal permanencia prolongada, e) diálisis peritoneal larga, f) diálisis peritoneal continua cíclica, g) diálisis peritoneal continua ambulatoria, h) diálisis peritoneal hipertónica, i) diálisis peritoneal con catéter Tenckhoff, j) diálisis peritoneal con catéter rígido, y k) diálisis peritoneal con máquina (Treviño, 1985).

El último tratamiento sustitutivo es el trasplante que consiste en implantar un riñón sano de un donante en el cuerpo de un receptor compatible (Vidal 2003). Se llega a esta alternativa cuando la insuficiencia renal es permanente. Sin embargo, no es tan sencillo como parece, es decir, no es sólo un cambio de riñón, en el trasplante están involucrados factores tales como el donador vivo o muerto, la compatibilidad del riñón donado con el receptor, la preparación para el trasplante, el trasplante, el rechazo o la aceptación y un seguimiento.

En resumen, el riñón es un órgano que se encuentra detrás del peritoneo, su unidad funcional es la nefrona y lleva a cabo funciones tanto excretoras como reguladoras, la función excreción es lograda por la filtración glomerular o secreción tubular y en la actividad reguladora el riñón es más complejo y sus elementos principales son resorción tubular y liberación o activación de hormonas, mediante el proceso de transferencia difusiva o convectiva. La valoración clínica del enfermo renal se lleva a cabo mediante la historia clínica del paciente, seguido por una exploración física y pruebas de laboratorio. La presentación de la enfermedad renal se da de tres tipos: a) de

manera sintomática, b) asintomática y c) por enfermedades sistémicas. Algunas alteraciones que pueden padecer los riñones son a través del glomérulo, intersticio y, las insuficiencias renales. Los tratamientos para estos padecimientos son los farmacológicos y los sustitutivos tales como: hemodiálisis, diálisis y trasplante. Sin embargo, el hecho de enfermar genera diversas alteraciones y consecuencias en el paciente, que van desde cambios en la medicación y dieta hasta consecuencias psicológicas.

Capítulo 3. Consecuencias Psicológicas de la Enfermedad Renal: programa de intervención para el manejo de la depresión

Los pacientes con enfermedades renales tienen importantes alteraciones en el organismo, ocasionando trastornos tanto físicos como psicológicos, un ejemplo de ello es propiamente la pérdida de la salud que va a ser siempre percibida como una amenaza (Vidal, 2003).

La incidencia de las enfermedades renales, especialmente la insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) se ha venido aproximando, de forma abrupta y descontrolada a niveles semejantes a los encontrados en países industrializados. Para 2005 (Instituto Nacional de Estadística Geografía) el 22% de la población muere a causa de la insuficiencia renal. Actualmente se calculan 40,000 urémicos en México que demandan servicios de atención al sistema de salud en cualquiera de sus modalidades público-privadas. Además, cabe resaltar la importante prevalencia de pacientes diabéticos en México que son responsables por el 25 % de los pacientes con problemas renales.

Vidal (2003) menciona que un problema psicológico asociado a las enfermedades renales es sin duda el diagnóstico, donde las consecuencias pueden ser diversas como el shock emocional, estado depresivo, angustia o emociones de rabia y la adaptación tras un periodo de elaboración de la enfermedad. Un segundo problema psicológico está asociado al tratamiento sustitutivo que aparte de tener las consecuencias antes mencionadas también afectan otras áreas de la vida como la laboral (descenso en el rendimiento y capacidad de trabajo), económica, social (aislamiento) y familiar (sobrepotección, rol de enfermo). El siguiente problema está asociado al trasplante, que requiere de una preparación psicológica para que el paciente comprenda y acepte la intervención superando miedos y falsas expectativas. Además, Giacoletto y Bujaldón (2003) suman el desconocimiento inicial respecto a la enfermedad y la incertidumbre por su evolución, así como los cuidados rigurosos.

Por otra parte, Amigo, Fernández y Pérez (1998) agregan otras consecuencias tales como las fobias, no adhesión al tratamiento, disfunción sexual, problemas psicosociales, haciendo también hincapié en los estados depresivos y reacciones de suicidio.

En otras palabras, el paciente debe afrontar cambios desde el momento del diagnóstico y posteriormente el proceso de adaptación a su nueva condición; que van desde los hábitos de la dieta hasta la actividad laboral (Vidal, 2003).

Sin embargo, cabe destacar que cada paciente vive el padecimiento de manera singular y, esto se verá influenciado por su historia de enfermedad, de sus características personales y de su entorno (Giacoletto y Bujaldón, 2003). Asimismo, el grado de afectación no es igual en todos los casos, debido a diversas variables que influirán en la respuesta del enfermo renal como edad en que se ha producido el diagnóstico, experiencias previas, estado físico del paciente, creencias personales, pensamientos, estrategias de afrontamiento, autocontrol y soporte emocional familiar o social (Vidal, 2003).

Por otra parte, la adaptación de los pacientes a la enfermedad tiene una función primordial en la recuperación, lo que garantiza una mejor disposición para la rehabilitación psicosocial y niveles superiores de calidad de vida (Reyes, 2005)

Desde el campo de la psicología comentan que no es suficiente una evaluación de la calidad de vida en elementos médicos y psicológicos, sino que además se debe contar con la evaluación del propio paciente, debido a que es un concepto básicamente referido al tipo de respuesta individual y social ante un conjunto de situaciones reales de la vida diaria (Jofre, López, Valderrábano, 2003).

Por calidad de vida Sánchez y González-Celis (2006), mencionan que este concepto está vinculado con conceptos de satisfacción, bienestar y

felicidad, donde las condiciones objetivas de la vida se ven reflejadas a través de las aspiraciones, experiencias, motivos, sentimientos y valores humanos.

En términos generales la calidad de vida es una medida compuesta de bienestar físico, mental y psicológico, tal como percibe cada persona y cada grupo, haciendo referencia a la evaluación objetiva y subjetiva, de elementos tales como salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, ocio y derechos humanos.

Las enfermedades renales tienen un impacto negativo en la calidad de vida, de hecho hay repercusiones desde estadios relativamente precoces, según Jofre, López, Valderrábano (2003), aunque también mencionan que no está suficientemente estudiada en estos casos, si es reflejado en la vida diaria.

Asimismo Méndez, Ibarra y Rivera (2007) señalan que la insuficiencia renal crónica es una afección multisistémica y entre los trastornos que más frecuentemente presenta es la depresión, mostrando un deterioro en la calidad de vida y mayor estado de ansiedad generando síntomas de tristeza, irritabilidad, déficit cognitivo y de conducta, alteraciones en el sueño, fatiga, cambios en las relaciones interpersonales, intentos suicidas y hasta muerte, pero que ha sido poco estudiada.

Por tanto, la depresión es una consecuencia psicológica muy común en las personas que padece alguna enfermedad. Salinas (1998) comenta que en los informes de la OMS la prevalencia de la depresión alcanza valores de 3 a 4% en la población general y un 10% en la población mayor de 15 años llega presentar estados depresivos en alguna época de su vida.

Por su parte, Pérez y García (2005) dicen que la depresión es el trastorno psicológico más frecuente en la clínica actual y que se estima su prevalencia general que va de 9-20 por cada 100 individuos.

3.1. Depresión

Aunque no haya una concepción bien definida, hay varios autores que tratan de dar una aproximación. Históricamente, la palabra depresión viene del latín *depressio* que significa hundimiento, es decir, el paciente se siente hundido, lo que le impide cada vez más vivir en plenitud. O bien Hipócrates adoptó el término *melancolía* (*melanos*: negra – *cholus*: billis), es decir, exceso de billis negra en el cerebro como etiología a esta enfermedad (Rojtenberg, 2001).

Fuentes (1994), afirma que el término se aplica a diversos trastornos de la afectividad que se presentan en condiciones únicas, y que el núcleo de la depresión lo constituyen el abatimiento del humor, la aflicción, el pesimismo, la desesperanza, la inhibición de las emociones, la pérdida de apetitos e interés y la angustia o la agitación. De igual manera hace su aportación desde lo cognitivo mencionando la transformación negativa de la imagen de uno mismo, tendencia exagerada a la autocrítica y la autodevaluación.

Cabe también mencionar que desde el punto de vista cognitivo, Beck (1976, en Salinas, 1998) describe a la depresión como un desorden del pensamiento y, atribuye que los signos y síntomas de la depresión son una consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos.

Desde una perspectiva conductual Álvarez y Alfonso (1997) sostienen que la depresión es un constructo que debe ser operacionalizado en forma de conductas específicas de tres canales de respuesta en cada uno de los tres sistemas: 1) sistema cognitivo, sentimientos de tristeza, apatía, desánimo, pensamientos negativos sobre sí mismo y sobre el futuro; 2) sistema fisiológico, disminución de la sudoración, dolores de estómago, falta de apetito, insomnio, cefaleas, etcétera; 3) sistema motor, déficit de conductas sociales y de conductas positivas, y por tanto exceso de conductas de escape/evitación y de conductas irracionales.

Si bien es cierto que la depresión es una consecuencia de las enfermedades renales, cabe destacar que también la enfermedad renal influye en la depresión, Andreson y Levine (1985) señalan que hay un incumplimiento de instrucciones del régimen dietético y farmacológico, lo que conlleva a un desánimo en lo absoluto (manifestación de que no merece la pena vivir) y esto a su vez a visitas a otras clínicas u hospitales en busca de cura milagrosa, lo cual provoca ruptura familiar, rechazo a tratamientos y/o exceso de optimismo. Además, Vidal (2003), menciona que no sólo la depresión afecta al enfermo, sino también al familiar cuidador, destacando que un 20% de los familiares entran en cuadros depresivos producto del tratamiento y el estilo de vida que condiciona la enfermedad.

3.1.1. Diagnóstico diferencial de la depresión

Bajo los supuestos sobre los cuales descansa el paradigma cognitivo-conductual, para establecer un diagnóstico, Muñoz (1998), menciona que se debe recoger la información necesaria, mediante la entrevista, observaciones, instrumentos y autoregistros. Se continúan detallando los momentos y formas de acercamiento al análisis descriptivo (ó topográfico) (ver Figura 2).

Posteriormente se hace una reunión de toda la información relevante a ello se le denomina modelo secuencial integrativo y está constituido por 4 elementos (E-O-R-C). Estímulos antecedentes (E): son todos los sucesos antecedentes remotos o inmediatos que inciden sobre la conducta de un individuo; Organismo (O): se entienden como las predisposiciones estables de conducta aprendidas; Respuesta (R): es la conducta problema y Consecuencias (C): son aquellos estímulos que siguen a la emisión de la conducta problema y que probabilizan el aumento o disminución de ocurrencia de la misma (Fernández-Ballesteros, 1981) (ver Figura 2).

Muñoz (1998) comenta que al término de la elaboración del esquema de secuencias le sigue un análisis funcional que incluye la continua generación y contraste de hipótesis.

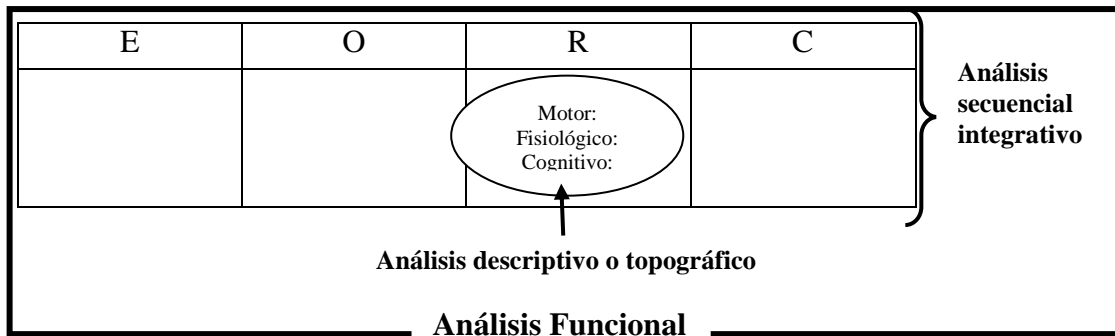


Figura 2. Tipos de análisis para recabar la información

En el caso de las nefropatías, resulta muy importante mencionar que el diagnóstico de los trastornos psicológicos debe de ser lo suficientemente eficaz para no confundirlo con efectos y síntomas propios de la IR. Por ejemplo, Álvarez-Ude, Fernández-Reyes, Vázquez, Mon, Sánchez y Rebollo (2001) comentan que la sintomatología común de los padecimientos renales son: dolor de piernas, piernas cansadas, sed, cansancio, picores, piel seca, dolor de huesos y/o articulaciones, dificultad para dormir, pocas fuerzas, despertarse por las noches, calambres, estreñimiento, entre otros. Por tal razón la evaluación de los aspectos cognitivos que afectan a la enfermedad puede adquirir mayor peso.

Dadas las características de los padecimientos renales, pero sobretodo de los tratamientos sustitutivos, existe una relación importante entre los síntomas físicos y emocionales, por lo que cuando se realice el diagnóstico psicológico del paciente, se deben de considerar muchos factores por ejemplo: la comorbilidad entre síntomas físicos y psicológicos. Esto sugiere que el manejo de pacientes en la medicina renal necesita dedicarle tiempo a la consulta del psicólogo o psiquiatra permitiendo una relación multidisciplinaria.

Sin embargo, en la actualidad, Reyes (2005), puntualiza que el abordaje psicológico ha sido relegado a un segundo plano e incluso queda limitada su importancia. O bien, Amigo, Fernández y Pérez (1998), comentan que los pacientes no consideran que los cambios que se observan en su comportamiento se deban a alguna alteración psicológica.

3.1.2. Formas de intervención

Riveros, Cortazar-Palapa, Alcázar y Sánchez (2005), realizaron un estudio donde su objetivo fue evaluar los efectos de la intervención de tipo cognitivo-conductual, los resultados reflejan una eficacia en las variables ansiedad, depresión, afrontamiento, adherencia terapéutica y bienestar en un grupo de pacientes crónicos. La mejoría también se reflejó en variables fisiológicas como presión arterial y glucosa en la sangre.

Bajo este enfoque, Reyes (2005), también realizó un estudio donde su objetivo es elevar la calidad de vida, perfeccionando y mejorando la atención psicológica, además de evaluar el apoyo social y el funcionamiento familiar. Por tanto, recomienda que la intervención pueda ser de manera individual o grupal para el paciente y sus familiares dependiendo de las necesidades requeridas por los pacientes y hace hincapié que la terapia racional-emotiva en particular y la cognitiva-conductual en general, proporciona resultados positivos.

Por otro lado, Vidal (2003), menciona que las actividades de intervención por parte del psicólogo en la los pacientes nefrológicos, deben estar encaminadas a: 1) actividades preventivas en la IRC, *prevención primaria*: son medidas encaminadas a evitar que se produzcan enfermedades y a informar sobre los factores de riesgo, *prevención secundaria*: encaminada a una detección precoz a favor de un mejor diagnóstico, *atención terciaria*: se engloban todas las medidas que pretenden mejorar la calidad de vida del enfermo y potenciar su participación y la de sus familiares en la elección de la técnica de tratamiento sustitutivo; 2) evaluación y diagnóstico psicosocial del paciente renal, en función de los primeros momentos de su incorporación al tratamiento sustitutivo; 3) tratamiento psicológico del enfermo renal, intervención desarrollada para abordar problemáticas como ansiedad, depresión, adherencia a la dieta y restricción de líquidos. Además propone un programa educativo-activo y global dentro de un marco bipsicosocial, con el objetivo de aumentar el conocimiento de la enfermedad, el tratamiento y el pronóstico con un cambio de actitud frente a la enfermedad y un cambio de conducta. También sugiere que los pacientes acudan a grupos de auto-ayuda.

Por tanto, la labor del psicólogo debe enfocarse a disminuir los factores de riesgo y las conductas que puedan hacer a la población vulnerable a dichos padecimientos (Reyes, 2005).

Según, las investigaciones muestran que existe una mayor prevalencia de trastornos emocionales en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, en rara ocasión se les diagnostica algún problema psicológico y muchos menos se les da el tratamiento debido ya que no se cuenta con personal de salud con los conocimientos especializados.

He ahí la importancia de la intervención psicológica en padecimientos crónicos tales como las enfermedades renales. Donde las reacciones disfuncionales más frecuentes son respuestas fóbicas y de ansiedad, reacciones de suicidio, de no adhesión a tratamientos médicos, a problemas psicosociales y depresión.

En especial, el tratamiento de la depresión en pacientes con enfermedades renales desde una perspectiva cognitivo-conductual debe de considerar esencialmente tres elementos: los pensamientos que el paciente tiene de su enfermedad, qué es lo que el paciente hace para contribuir a tener cierta calidad de vida y cómo se relaciona pensamiento y comportamiento con las demás personas.

De estos tres elementos es como se desglosa el objetivo general de la intervención, y es:

Adaptar, aplicar y evaluar la eficacia de un programa de intervención cognitivo-conductual para la disminución de síntomas depresivos en pacientes del servicio de Nefrología del hospital Juárez de México

Al finalizar la intervención psicológica, los pacientes de manera individual, podrán, Objetivos específicos:

1. El paciente señalará las características, síntomas y tratamiento de su padecimiento.
2. El paciente identificará, enlistará y modificará sus pensamientos negativos
3. El paciente se adherirá al tratamiento médico y modificará sus hábitos alimenticios
4. El paciente controlará y disminuirá su estado de depresión

Con la modificación de pensamientos y conductas, al igual que controlar y disminuir la depresión, en los pacientes, éstos tendrán una mejor calidad de vida a corto y largo plazo.

En resumen, los padecimientos renales traen consigo diversas consecuencias tanto a nivel físico como psicológico que repercute en su calidad de vida, diversos autores coinciden en que la depresión es sin duda una de las principales consecuencias, y aunque no hay una concepción precisa de la depresión, algunos de sus signos o síntomas son: tristeza, irritabilidad, déficit cognitivo y de conducta, alteraciones en el sueño, fatiga, cambios en las relaciones interpersonales, intentos suicidas y has muerte. Cabe mencionar que los síntomas anteriores deben ser diferenciados de los de la propia enfermedad. El enfoque cognitivo-conductual es una de las perspectivas para tratar la depresión, que ha arrojado resultados favorables para el paciente. Por tanto, su diagnóstico e intervención es de suma importancia para mejorar la condición médica y calidad de vida del paciente.

3.2. Método

Participantes

Colaboraron 6 pacientes del género femenino con edades que oscilan entre 35 y 55 años. En un diseño pre-experimental, donde se tomó como grupo para las sesiones de psicoeducación y de manera individual para el análisis de resultados aplicando la prueba de Anova de Fiedman.

Las participantes fueron seleccionadas dentro del servicio de nefrología del Hospital Juárez de México, de la Secretaría de Salud, teniendo la mayoría de edad, y con un nivel de educación básico, es decir, sabían leer y escribir de manera autónoma. Por otra parte, se excluyeron a las pacientes con alguna enfermedad psiquiátrica o que no aceptaron participar. Además, se eliminaron a las pacientes que no concluyeron el programa.

Materiales:

Lápices

Hojas

Rota folios

Plumones

Instrumentos:

1. Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital (HAD), consta de de 2 subescalas, la primera es corresponde a Ansiedad y la segunda es referente a Depresión, cada una de estas escalas consta de 7 reactivos que se encuentran intercalados alternativamente y se puntúan en una escala Likert de 0 a 3. (ver Anexo 1).
2. Instrumento WhoQol-Breve versión en español, consta de veintiséis reactivos que evalúan los siguientes dominios: salud física (7 reactivos), aspectos psicológicos (6 reactivos), relaciones sociales (3 reactivos) y medioambiente (8 reactivos). Además,

incluye dos reactivos que proporcionan datos como: 1) percepción de calidad de vida en general y 2) percepción del estado de salud en general. El instrumento se contesta en un formato de opción múltiple con cinco opciones que van desde nunca hasta siempre, el orden de las opciones aparece como una recta continua (ver Anexo 2).

3. Hojas de actividades y/o formatos de registro (ver Anexo 3), correspondientes al programa de intervención.
4. Hojas de información (ver Anexo 4), sobre ¿Qué son los pensamientos?, ejemplos de pensamientos dañinos y saludables, listado de errores cognitivos, tríptico (con información de triglicéridos, colesterol y sueño), las 10 reglas para dormir.

Procedimiento:

Fase A: Las pacientes que formaron el grupo fueron seleccionadas mediante su asistencia a la consulta externa del servicio de nefrología contemplando que fueran mayores de edad y con una educación básica, pero principalmente por los resultados de la evaluación del HAD, es decir, que tuvieran presente uno de los dos trastornos (ansiedad o depresión) desde la puntuación 8 ó más, siendo que este se califica con puntuaciones que van 0-7 con trastorno ausente, 8-10 caso dudoso y 11 ó más con trastorno presente. También se contemplaron los resultados transformados de 0-100 con puntaje bajo del WhoQol-Breve versión en español, basados en que los puntajes bajos significan menor calidad de vida y puntajes altos, mejor calidad de vida.

Fase B: Se utilizó como base para la intervención el Manual de Terapia de Grupo para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de la Depresión “Aprendiendo a Manejar su realidad Personal” (Gálvez y Muñoz, 2003). Se retomaron sólo los módulos personal y de salud, los cuales se adaptaron a las necesidades de las pacientes con enfermedades renales. Se llevaron a cabo 12 sesiones de intervención psicológica.

El módulo de personal describe los pensamientos y estado de ánimo, en éste las pacientes aprendieron qué es la depresión, así como una forma útil de pensar acerca de la misma y cómo los pensamientos afectan el estado de ánimo. En cuestión del módulo de salud, se abordó la relación que hay entre la salud y el estado de ánimo, es decir, los problemas emocionales pueden afectar la salud, de la misma forma los problemas de salud afectan el estado emocional.

Se inició con las reglas de grupo, posteriormente se presentó cada una de las pacientes hacia el resto del grupo. Y se continuo son las sesiones referentes a los dos módulos (personal y salud), las sesiones comenzaron con la explicación de algunos de los conceptos, se realizaron actividades y se dejaron algunas tareas o registros (termómetro del estado de ánimo) conforme se avanzaban las sesiones (Ver Tablas 4-15).

La terapeuta guió las sesiones acorde lo planteado en el manual, es decir, explicó los conceptos, proporcionó ejemplos, guió las actividades, revisó los registros y explicó el propósito de la sesión, como se muestra en el programa de intervención ((Ver Programa Tablas 4-15).

Fase C: Al final de las sesiones se aplicaron nuevamente los instrumentos HAD y WhoQol, además, se agendó una sesión de seguimiento para cada paciente después de un mes de la conclusión del taller, para la cual se citó a cada una de las participantes y se les aplicó una entrevista semiestructurada.

Programa para el manejo de la depresión en pacientes renales
 Tabla 5. Módulo: Personal
 Sesión 2

Objetivos particulares	Técnica/ procedimiento	Actividades		Tareas	Técnica de evaluación
		Terapeuta	Pacientes		
Las pacientes adquirirán y emplearán habilidades funcionales de afrontamiento frente a su padecimiento.	Psicoeducación sobre: <ol style="list-style-type: none"> 1. Algunos de los conceptos más utilizados para definir depresión 2. Los síntomas que la caracterizan 3. Factores asociados a la depresión 	Definirá qué es depresión Enlistará los síntomas de la depresión Analizará los factores que desencadenan la depresión	Preguntarán dudas Ejemplificarán con su experiencia Reconocerán que pensamientos afectan su sentir de manera verbal		Revisión de registros Verbalizaciones de las pacientes

Programa para el manejo de la depresión en pacientes renales
 Tabla 6. Módulo: Personal
 Sesión 3

Objetivos particulares	Técnica/ procedimiento	Actividades		Tareas	Técnica de evaluación
		Terapeuta	Pacientes		
Las pacientes identificarán la diferencia entre los pensamientos de los estados de ánimo	Psicoeducación sobre: <ol style="list-style-type: none"> 1. Concepto y síntomas de la depresión 2. Que son los pensamientos y cómo influyen en nosotros 3. A que nos referimos con pensamientos 4. Como influyen en el ser humano 	Repasará qué es la depresión Explicará que son los pensamientos Describirá cómo los pensamientos influyen en cómo nos sentimos	Resolverán la actividad: ¿Cómo nuestros pensamientos afectan como nos sentimos?	Identificando pensamientos	Revisión de registros Verbalizaciones de las pacientes

Programa para el manejo de la depresión en pacientes renales
 Tabla 7. Módulo: Personal
 Sesión 4

Objetivos particulares	Técnica/ procedimiento	Actividades		Tareas	Técnica de evaluación
		Terapeuta	Paciente		
Las pacientes identificarán sus pensamientos dañinos	Restructuración cognitiva (Fase A, Ellis) 1. Explicar en qué consiste la técnica (Ellis y Beck). 2. Leer lista de errores cognitivos de Beck, (Feixas y Miró, 1993). 3. Guiar al paciente a localizar los pensamientos dañinos.	Explicará la técnica: reestructuración cognitiva Nombrará las categorías de los pensamientos Enlistar subcategorías de los pensamientos dañinos	Leerán su lista de pensamientos dañinos .	Resolverá la hoja pensamiento-estado de ánimo	Revisión de registros Verbalizaciones de las pacientes

Programa para el manejo de la depresión en pacientes renales
 Tabla 8. Modulo: Personal
 Sesión 5

Objetivos particulares	Técnica/ procedimiento	Actividades		Tareas	Técnica de evaluación
		Terapeuta	Pacientes		
Las pacientes modificarán sus pensamientos dañinos o irracionales por otros más racionales o saludables	Reestructuración cognitiva (Fase B, Ellis) 1. Leer registro de pensamientos, situación y emoción. 2. Sustitución consciente de pensamientos irracionales por otros racionales. 3. Ejemplificar cómo es el cambio. 4. Ejercicio de cambio de pensamientos	Repasará las subcategorías de pensamientos dañinos Enunciará las maneras de disminuir y refutar los pensamientos dañinos	De manera individual las pacientes: Elegirán 5 pensamientos dañinos los más recurrentes De los pensamientos elegidos las pacientes identificarán el tipo de subcategoría al que pertenece	Jerarquía de pensamientos más frecuentes	Revisión de registros Verbalizaciones de las pacientes

Programa para el manejo de la depresión en pacientes renales
 Tabla 9. Módulo: Personal
 Sesión 6

Objetivos particulares	Técnica/ procedimiento	Actividades		Tareas	Técnica de evaluación
		Terapeuta	Pacientes		
Las pacientes disminuirán sus pensamientos irracionales o dañinos	Reestructuración cognitiva (Fase B y principios de C, Ellis)	Retroalimentará al paciente cuando éste modifique sus pensamientos	Modificarán sus pensamientos dañinos por unos más saludables con el uso de la sílaba “sí”, p.e.: <i>“Sí estoy nerviosa, pero pondré en práctica los ejercicios de respiración”</i> Se autorreforzarán al leer sus pensamientos saludables	Balanceando o modificando pensamientos	Revisión de registros Verbalizaciones de las pacientes

Programa para el manejo de la depresión en pacientes renales
 Tabla 10. Módulo: Personal
 Sesión 7

Objetivos particulares	Técnica/ procedimiento	Actividades		Tareas	Técnica de evaluación
		Terapeuta	Pacientes		
Las pacientes pondrán en práctica la respiración ante cualquier situación	Ejercicios de respiración diafragmática	Explicará cómo es la respiración diafragmática	Ejecutarán los ejercicios de respiración	Hará 3 series de 5 repeticiones de la respiración	3 series de 5 respiraciones correctas (100%) en consultorio
Las pacientes aprenderán de manera sencilla a cómo relajarse	Relajación músculo x músculo	Explicará en qué consiste la relajación Guiará la técnica de relajación	Ejecutarán los pasos a seguir para lograr la relajación	Seguir repitiendo la respiración diafragmática (1 serie de 5 veces). Practicar en casa la relajación (músculo x músculo)	Lograr la relajación (músculo x músculo) al 90% Demostración en consultorio Verbalizaciones de las pacientes

Programa para el manejo de la depresión en pacientes renales
 Tabla 11. Módulo: Salud
 Sesión 1

Objetivos particulares	Técnica/ procedimiento	Actividades		Tareas	Técnica de evaluación
		Terapeuta	Pacientes		
Las pacientes identificarán las características, síntomas y tratamiento de su condición médica	Psicoeducación sobre: <ol style="list-style-type: none"> 1. Qué es la salud 2. Cómo la salud está ligada al estado de ánimo 3. Cuáles son los factores psicológicos que son consecuencia de su padecimiento 	Definirá qué significa salud Describirá la relación entre salud y el estado de ánimo Enunciará factores psicológicos que influyen en la salud	Relatarán su condición médica Identificarán los factores que afectan su salud	Se les entregará un formato llamado "Entendiendo mi condición médica", en el que describirán que saben acerca de su padecimiento	Revisión de registros Verbalizaciones del paciente

Programa para el manejo de la depresión en pacientes renales
 Tabla 12. Módulo: Salud
 Sesión 2

Objetivos particulares	Técnica/ procedimiento	Actividades		Tareas	Técnica de evaluación
		Terapeuta	Pacientes		
Las pacientes modificarán sus pensamientos respecto a su enfermedad	Reestructuración cognitiva (Fase C, Ellis) 1. Explicará sobre los padecimientos renales y el estado de ánimo 2. Disminución de pensamientos dañinos	Esbozará sobre algunos pensamientos que pueden estar relacionados con los padecimientos renales	Resolverán la actividad: De eslabón en eslabón, dentro de la sesión		Revisión de registros Verbalizaciones de las pacientes

Programa para el manejo de la depresión en pacientes renales
 Tabla 13. Módulo: Salud
 Sesión 3

Objetivos particulares	Técnica/ procedimiento	Actividades		Tareas	Técnica de evaluación
		Terapeuta	Pacientes		
Las pacientes establecerán metas factibles sin que su condición médica lo obstaculice	Reestructuración cognitiva (Fase C, Ellis) 1. Comentar qué son los estados de ánimo 2. Discutir cómo la depresión y la salud afectan al paciente 3. Guiar al paciente a establecer metas	Describirá á que nos referimos con estado de ánimo Analizará de qué forma afecta la depresión y los problemas de salud las necesidades de un paciente	Identificarán su estado de ánimo Reflexionarán sobre cómo su estado de ánimo y salud obstaculizan el cumplimiento de sus necesidades Enunciarán 5 necesidades primordiales	Diseñará alternativas para cumplir el objetivo de sus necesidades	Revisión de registros Verbalizaciones de las pacientes

Programa para el manejo de la depresión en pacientes renales
 Tabla 14. Módulo: Salud
 Sesión 4

Objetivos particulares	Técnica/ procedimiento	Actividades		Tareas	Técnica de evaluación
		Terapeuta	Pacientes		
Las pacientes analizarán y modificará las circunstancias en las que aparece su insomnio ó hipersomnio	Psicoeducación: sobre: <ol style="list-style-type: none"> 1. Concepto de insomnio 2. Concepto de hipersomnio 3. Posibles causas 4. Cómo afecta a la condición médica 5. Relación entre emociones y comportamientos 	Repasará cómo los problemas de salud afectan el estado de ánimo Señalará la existencia de afecciones secundarias a la depresión: insomnio-hipersomnio Nombrará posibles causas del insomnio-hipersomnio Comentaré de que manera afectan las emociones y el comportamiento a la condición médica	Leerán la lista de las 10 reglas para dormir mejor	Listado de pensamientos relacionados con el dormir Listado de actividades relacionadas al sueño	Revisión de registros Verbalizaciones de las pacientes

Programa para el manejo de la depresión en pacientes renales
 Tabla 15. Cierre
 Sesión

Objetivos particulares	Técnica/ procedimiento	Actividades		Tareas	Técnica de evaluación
		Terapeuta	Paciente		
Evaluar a las pacientes post-intervención	Aplicación de instrumentos: 1. HAD 2. WhoQol	Dar instrucciones de la resolución de los instrumentos	Contestar los instrumentos de evaluación		Revisión de registros Verbalizaciones de las paciente
Las pacientes ejemplificarán y ejecutarán los ejercicios de relajación	Respiración	Guiará ejercicios de respiración diafragmática	Ejecutará los ejercicios de respiración		
Las pacientes pondrán en práctica la relajación ante cualquier situación	Relajación	Guiará la técnica de relajación	Intentará relajarse		
	Cierre del taller				

3.3. Resultados

El programa de intervención consistió en 12 sesiones: 7 dedicadas al módulo personal y 5 al módulo salud: Dentro del módulo personal, tres sesiones fueron designadas para psicoeducación, tres para reestructuración cognitiva y modificación de conducta, una de entrenamiento en respiración diafragmática y relajación; para el módulo de salud las sesiones quedaron asignadas de la siguiente manera, dos para psicoeducación, dos de reestructuración cognitiva y modificación de conducta y una de relajación y cierre del programa. Cabe destacar que la intervención fue aplicada de manera grupal, con 6 pacientes del servicio de nefrología.

El rango de edades de las pacientes osciló entre los 35-55 años, todas del género femenino, con estado civil de cuatro mujeres casadas, una divorciada y una soltera, de escolaridad básica (leer y escribir), y con diagnóstico médico tales como IRC y otras alteraciones sistémicas. Es de vital importancia mencionar que las alteraciones sistémicas eran antecesoras o bien desencadenantes del IRC.

La incidencia de enfermedades en el grupo es del 100% de Insuficiencia Renal Crónica y de igual manera en alteraciones sistémicas, las alteraciones sistémicas identificadas en el grupo son: a) lupus erimatoso sistémico, b) diabetes mellitus, c) hipertensión arterial y d) hipertiroidismo.

Los resultados de la aplicación del WhoQol-Breve muestran que las participantes obtuvieron una puntuación para el área de salud física baja siendo de 16.83, en el área de aspectos psicológicos también se muestra baja con 24.17, para el área de relaciones sociales la puntuación es buena con 74.00 y en el área de medioambiente de 12.50 mostrándose baja antes de la intervención (se contemplaron los resultados transformados de 0-100 en el WhoQol-Breve versión en español y de acuerdo con el WhoQol-100, los puntajes bajos significan menor calidad de vida y puntajes altos, mejor calidad de vida).

Posteriormente se realizó el análisis estadístico utilizando la prueba de Friedman para evaluar los efectos del tratamiento y los resultados quedaron de siguiente manera, área física obtuvo una puntuación de 19.83 tiene un ligero incremento, en aspectos psicológicos se incrementó a 41.00 puntos, relaciones sociales tuvo un incremento considerable de 95.83 y medioambiente también subió a 19.00. Además se hizo un seguimiento al mes del término del programa y los resultados fueron, para el área de salud física 21.83 teniendo un decremento al igual que en aspectos psicológicos con 32.33, en el área de relaciones sociales se mantuvo con una puntuación de 94.83 y medioambiente tuvo un decremento de 13.83. Estos datos muestran diferencias significativas entre el pretest y el seguimiento, en las áreas de aspectos psicológicos ($X^2=9.652$, gl2, $p<.01$), relaciones sociales ($X^2=10.381$, gl2, $p<.01$) y medioambiente ($X^2=6.500$, gl2, $p<.05$), después de una intervención con enfoque cognitivo-conductual, mejorando la calidad de vida (ver Tabla. 16).

Tabla. 16. Resultados del instrumento WhoQol

Categoría	Pre	Post	Seguimiento	X^2	gl	Significancia
	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}			
Salud Física	16.83	19.83	21.83	1.286	2	.526
Aspectos Psicológicos	24.17	41.00	32.33	9.652	2	.008**
Relaciones Sociales	74.00	95.83	94.83	10.381	2	.006**
Medioambiente	12.50	19.00	13.83	6.500	2	.039*

* $p<.05$

** $p<.01$

Así mismo se analizaron los datos de HAD, donde las puntuaciones antes de la intervención fueron de 9.67 en ansiedad puntuación que refleja caso dudoso y depresión ausente con 6.17 de puntuación, sin embargo, se consideró pertinente que aunque hubieran puntuaciones bajas se llevara a cabo la intervención para disminuir y controlar los valores. Después del tratamiento las puntuaciones en ansiedad quedó en 5.33 y depresión quedó en 2.17, en ambos casos hubo una disminución importante, y por último en el seguimiento quedaron en ansiedad con 7.17 regresando a caso dudoso y

depresión a trastorno ausente con 3.67, mostrando una diferencias significativas en ansiedad ($X^2=8.316$, gl2, $p<.05$) y en depresión ($X^2=6.909$, gl2, $p<.05$) (ver Tabla. 17).

Tabla. 17. Resultados del instrumento HAD

Categoría	Pre	Post	Seguimiento	X^2	Gl	Significancia
	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}			
Ansiedad	9.67	5.33	7.17	8.316	2	.016*
Depresión	6.17	2.17	3.67	6.909	2	.032*

* $p<.05$

A pesar de que se obtuvieron datos positivos de la intervención, se hizo un segundo análisis con la misma prueba, pero omitiendo los datos de una de las participantes que reflejaban puntuaciones bajas (por características que serán mencionadas después en un análisis de evaluación individual), con el objetivo de comprobar si ello influía en los valores de significancia, los resultados se muestran a continuación (ver Tabla. 18 y Tabla. 19).

Tabla 18. Resultados del WhoQol con 5 participantes

Categoría	Pre	Post	Seguimiento	X^2	gl	Significancia
	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}			
Salud Física	19.00	22.60	25.00	1.286	2	.526
Aspectos Psicológicos	26.40	41.60	35.00	7.684	2	.021*
Relaciones Sociales	73.80	95.00	95.00	8.824	2	.012*
Medioambiente	13.80	19.00	15.40	4.769	2	.092

* $p<.05$

Como se puede observar se obtuvo significancia en las mismas áreas, sin embargo, ésta fue mayor en: área de aspectos psicológicos con 0.021, relaciones sociales 0.012, medioambiente 0.092. De igual manera ocurre con el aspecto de ansiedad 0.038 y depresión 0.069, aumentando la significancia (resultados transformados de 0-100, los puntajes bajos significan menor calidad de vida y puntajes altos, mejor calidad de vida).

Tabla 19. Resultados del HAD con 5 participantes

Categoría	Pre	Post	Seguimiento	X ²	gl	Significancia
	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}			
Ansiedad	8.60	5.00	5.80	6.533	2	.069
Depresión	5.00	1.80	2.40	5.333	2	.038*

* $p < .05$

Los resultados reflejan que en área de salud física sigue habiendo un deterioro, una posible explicación a ello es que las pacientes no sólo padecen enfermedades renales, sino también las alteraciones sistémicas y la aparición de otras tales como: 1) quistes en senos, 2) herpes Zoster, principalmente con dos de las pacientes.

Las áreas de aspectos psicológicos, relaciones sociales, medioambiente y ansiedad hubo una mejorías de acuerdo a los datos transformados de 0-100 del WhoQol.

En el caso de la depresión hubo una disminución considerable del trastorno durante la intervención y hay un mantenimiento en el seguimiento que se considera como trastorno ausente, tanto en el análisis de 6 participantes como en el análisis de las 5 pacientes. Lo que refleja que la intervención aminoró y/o eliminó el estado depresivo de las pacientes con padecimientos renales.

3.3.1. Resultados individuales

Participante 1.

Edad: 55

Sexo: Femenino

Estado Civil: Casada

Ocupación: Ama de casa

Diagnostico: Insuficiencia renal crónica, Quistes en senos

De acuerdo a los resultados obtenidos de la evaluación, las puntuaciones de la participante antes de la intervención son en el WhoQol, área de salud física de 13.00 siendo baja, en aspectos psicológicos también bajos con 25.00, relaciones sociales 50.00 y también se muestra bajo en el medioambiente con 6.00. Las puntuaciones mejoraron después del tratamiento, subiendo en las cuatro categorías, salud física tiene una puntuación de 31.00, aspectos psicológicos con 38.00, relaciones sociales llegó a 81.00 y medioambiente subió a 13.00, mejorando su calidad de vida. Sin embargo, en el seguimiento del WhoQol, el área de aspectos psicológicos sube con una puntuación de 44.00 y se mantienen las áreas de salud física con 31.00 y medioambiente con 13.00 y disminuye ligeramente el área de relaciones sociales con 75.00 (ver Tabla. 20 y Figura 3).

En el instrumento HAD, la primera evaluación en ansiedad es de 9.00 y la depresión de 6.00, por lo que hay caso dudoso en ansiedad y trastorno ausente en depresión. Después del tratamiento los resultados son satisfactorios, pues se logra una mejoría en la disminución en ambos trastornos quedando ansiedad con 6.00 y depresión con 3.00, es decir, trastornos ausentes y lo cual refleja que hay un control de la ansiedad y la depresión en el seguimiento con puntuaciones de 4.00 y 2.00 respectivamente (ver Tabla. 21 y Figura. 4).

Tabla 20. Puntaje obtenido de la evaluación con los instrumentos

WhoQol	Categoría	Pre	Post	Seguimiento
	Salud Física	13.00	31.00	31.00
	Aspectos Psicológicos	25.00	38.00	44.00
	Relaciones Sociales	50.00	81.00	75.00
	Medioambiente	6.00	13.00	13.00

Figura 3. Comparación de las categorías del WhoQol

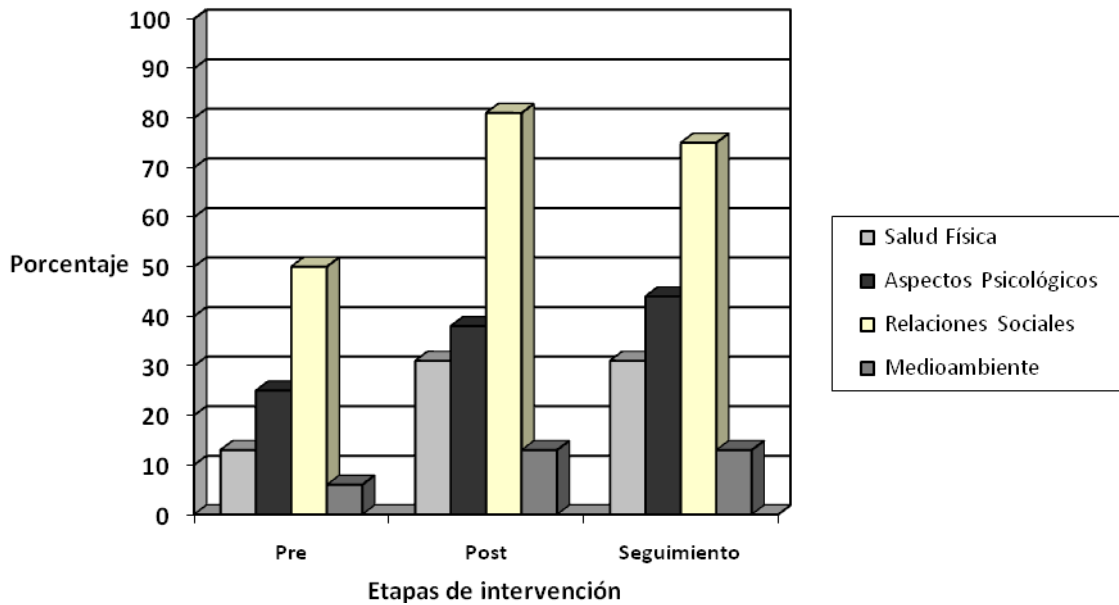
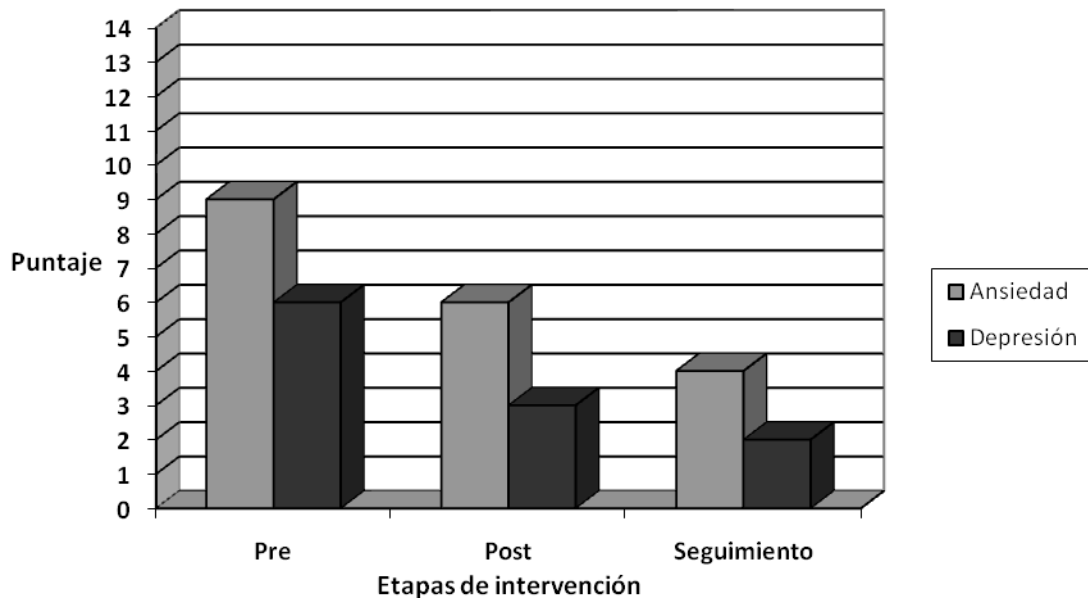


Tabla 21. Puntaje obtenido de la aplicación del HAD

HAD	Categoría	Pre	Post	Seguimiento
	Ansiedad	9.00	6.00	4.00
	Depresión	6.00	3.00	2.00

Figura 4. Comparación de las categorías del HAD



En el promedio semanal del estado de ánimo de la paciente (escala del 0, 5 a 9, siendo 0= peor estado de ánimo, 5= ánimo regular y 9= mejor estado de ánimo), durante 12 semanas. En este caso la participante tuvo un promedio semanal de nivel 7 que marca un estado de ánimo bueno.

Cabe mencionar que la participante al inicio de las sesiones se mostraba con la conducta de llorar mucho y con pensamientos tales como <me siento sola>, <no me da ganas hacer nada> y después de la terapia cognitiva la modificación de pensamientos de dañinos a saludables se obtuvo <ser feliz>, <asistir a todas mis citas para estar bien>, <voy a estar bien>. Con el entrenamiento en respiración diafragmática y de relajación se logró que la participante disminuyera su conducta de llorar y también modificara sus hábitos de dormir.

Participante 2.

Edad: 35

Sexo: Femenino

Estado Civil: Soltera

Ocupación: Vendedora de Bon Ice y ama de casa

Diagnostico: Lupus erimatoso sistémico, insuficiencia renal crónica, hipertiroidismo

De acuerdo con la evaluación, la participante en el instrumento WhoQol tuvo las siguientes calificaciones: en el área de salud física tuvo 31.00, aspectos psicológicos y medioambiente con 19.00 en estas tres áreas muestran que la participante tiene una calidad de vida baja en comparación con el área de relaciones sociales con una puntuación de 75.00. Después de la intervención las calificaciones reflejan una mejora en la calidad de vida y se logran los siguientes cambios, hubo un incremento en el área de aspectos psicológicos con 38.00 y medioambiente con 25.00 y en el área de relaciones sociales el incremento es considerable llegando a la puntuación 100.00, sin embargo, en el área de salud física la puntuación es de 25.00 teniendo un decremento. En el seguimiento el área que se mantiene es la de relaciones sociales con 100.00 y decae el área de aspectos psicológicos con 25.00, salud física con 19.00 y medioambiente con 13.00 (ver Tabla 22 y Figura 6).

En el instrumento HAD, el área de ansiedad tiene una puntuación de 13.00 reflejando un trastorno presente en esta área y en depresión el trastorno es ausente con una puntuación de 4.00. En la evaluación de la intervención en ambas áreas hubo una disminución dejando ver que ansiedad disminuye a la puntuación 6.00 y la depresión con 1.00. Sin embargo, hay un ligero incremento para el seguimiento, pues la ansiedad regresa con una puntuación de 9.00 que es considerada como caso dudoso y en depresión es trastorno ausente con una puntuación de 6.00 (ver Tabla 23 y Figura 7).

Tabla 22. Puntaje obtenido de la evaluación con los instrumentos

WhoQol	Categoría	Pre	Post	Seguimiento
	Salud Física	31.00	25.00	19.00
	Aspectos Psicológicos	19.00	38.00	25.00
	Relaciones Sociales	75.00	100.00	100.00
	Medioambiente	19.00	25.00	13.00

Figura 6. Comparación de las categorías del WhoQol

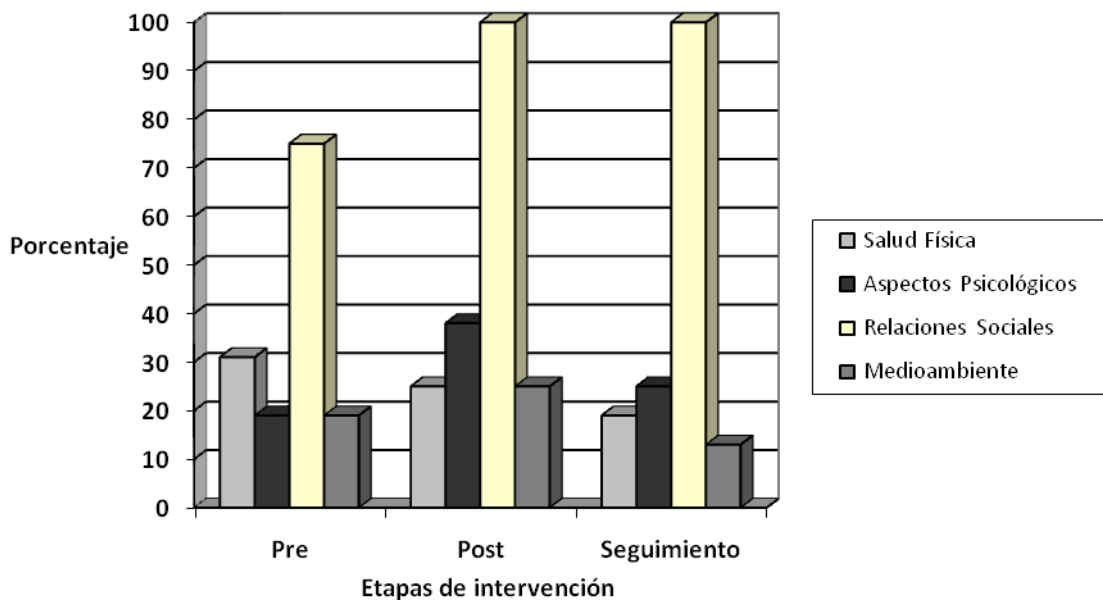
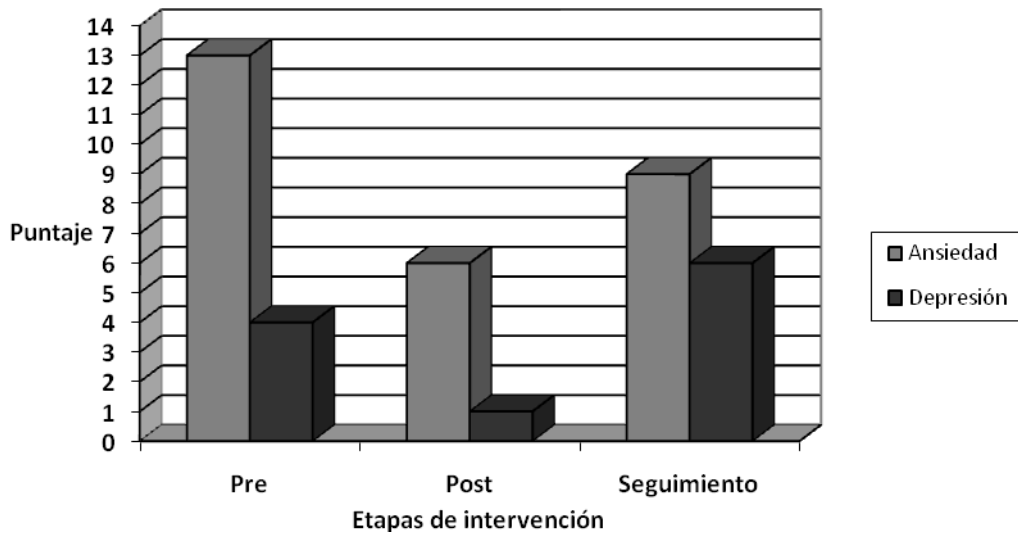


Tabla 23. Puntaje obtenido de la aplicación del HAD

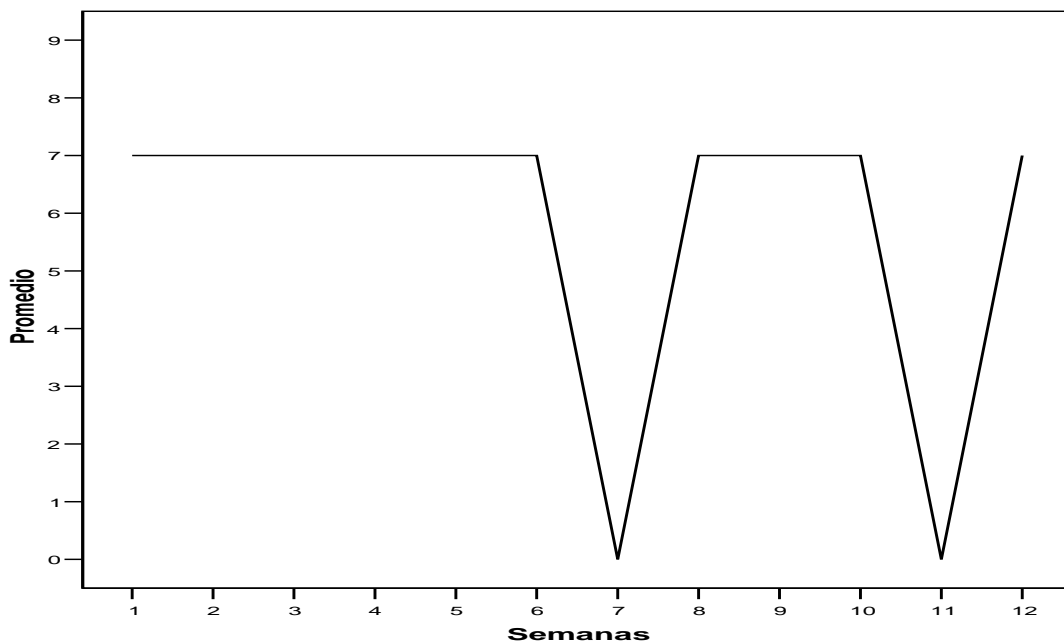
HAD	Categoría	Pre	Post	Seguimiento
	Ansiedad	13.00	6.00	9.00
	Depresión	4.00	1.00	6.00

Figura 7. Comparación de las categorías del HAD



En la Figura 8 muestra que el registro semanal de la participante en las primeras 6 semanas mantiene un nivel de 7 que es referido como bueno, esta condición se mantiene también en las semanas 8,9 10 y 12. Cabe destacar que en la semana 7 y 11 decae drásticamente al nivel 0, este decremento se debe a que no registró en esas semanas, por lo cual, se desconoce el estado de ánimo de igual manera se desconoce por qué no fue reportado.

Figura 8. Termómetro del Estado del Ánimo, registro semanal



Las calificaciones dejan ver que durante la intervención hay una mejora en la calidad de vida, pero decaen por un deterioro en la salud (pasa al siguiente estadio del IRC) y situaciones familiares tales como aportación económica. Cabe mencionar algunos cambios que hubo en la participante, es decir, que al inicio del taller llego con pensamientos negativos que fue modificando durante la intervención ejemplo <<Me siento cansada y no puedo realizar actividades que antes hacía>> cambiando a <<Tengo que levantarme y seguir con mi vida normal>>, otro ejemplo es <<Tengo problemas con mi mamá y eso me hace sentir mal>> cambio a <<Hoy tengo cosas importantes que hacer>>.

Participante 3.

Edad: 51

Sexo: Femenino

Estado Civil: Divorciada

Ocupación: Ama de casa

Diagnostico: Nefropatía diabética

Los puntajes de la evaluación de la participante antes de la intervención son salud física con 19.00, aspectos psicológicos son de 31.00 y medioambiente de 19.00 que muestran una calidad de vida baja, pero no es el caso para el área de las relaciones sociales con una puntuación de 75.00. Después de la intervención hay un ligero aumento en el área de aspectos psicológicos y relaciones sociales con puntuaciones de 38.00 y 100.00 respectivamente y se mantiene la salud física y medioambiente con 19.00. En el seguimiento se mantiene la salud física, las relaciones sociales y medioambiente y hay un decremento en el área de aspectos psicológicos (ver Tabla 24 y Figura 9).

En el HAD, las puntuaciones son ansiedad con 8.00 y depresión con 4.00 lo cual refleja que no hay trastornos, pero cabe mencionar que la paciente se mantuvo en el programa por las situaciones que ella reporta como que se sentía deprimida por la condición de divorcio en curso. Después de la

intervención se observan cambios ligeros en la ansiedad y depresión bajando en ansiedad de 6.00 y depresión con 2.00, en el seguimiento se mantiene con 6.00 en ansiedad y depresión disminuye aún más llegando a 1.00, como se puede observar los cambios son muy notables en la depresión (ver Tabla 25 y Figura 10).

Tabla 24. Puntaje obtenido de la evaluación con los instrumentos

WhoQol	Categoría	Pre	Post	Seguimiento
	Salud Física	19.00	19.00	19.00
	Aspectos Psicológicos	31.00	38.00	31.00
	Relaciones Sociales	75.00	100.00	100.00
	Medioambiente	19.00	19.00	19.00

Figura 9. Comparación de las categorías del WhoQol

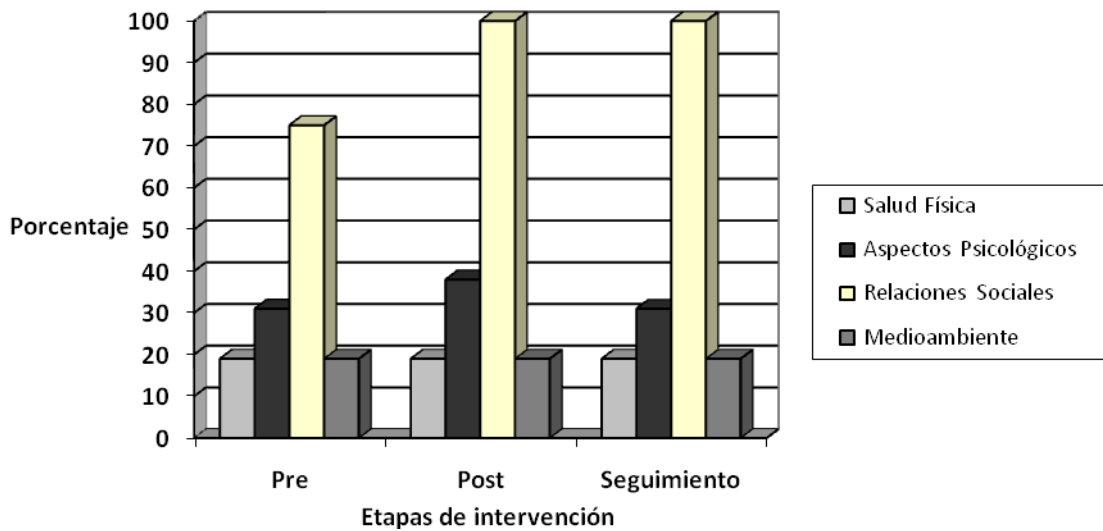
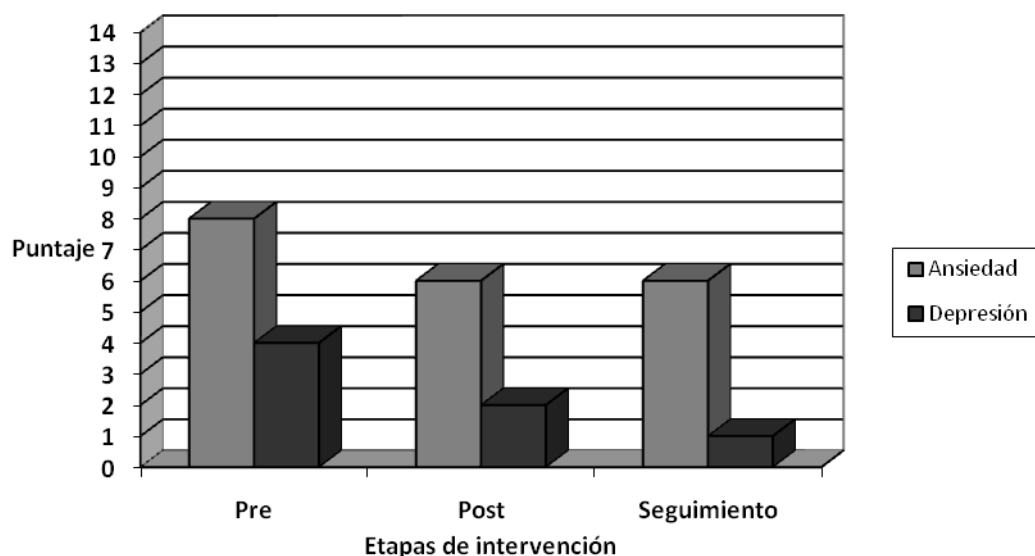


Tabla 25. Puntaje obtenido de la aplicación del HAD

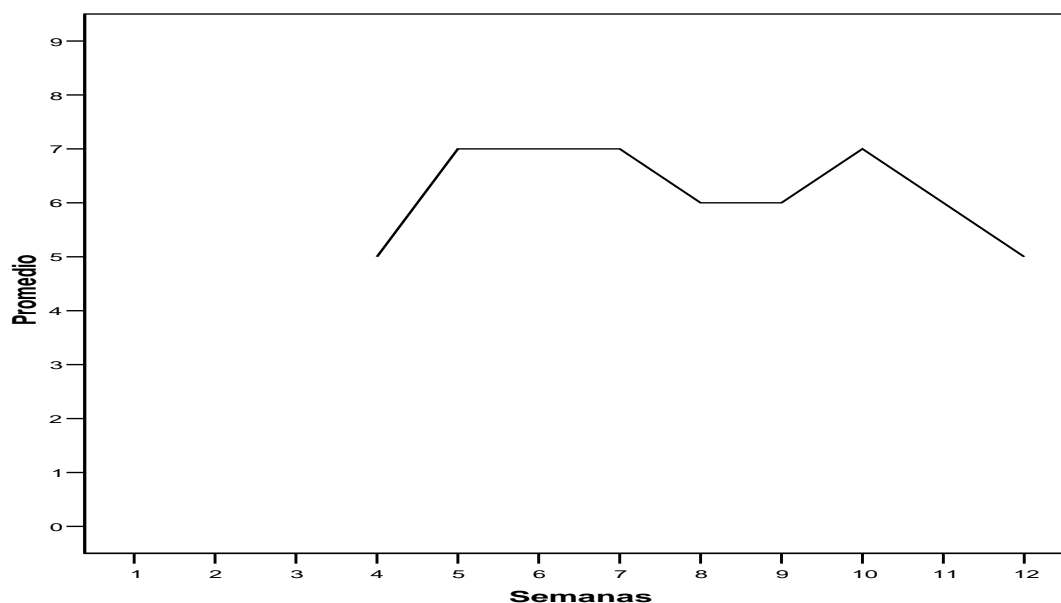
HAD	Categoría	Pre	Post	Seguimiento
	Ansiedad	8.00	6.00	6.00
	Depresión	4.00	2.00	1.00

Figura 10. Comparación de las categorías del HAD



En el registro semanal, la participante no tiene registradas las primera 3 semanas debido a que se incorporó al programa hasta la 3er semana, sin embargo, el promedio de su estado de ánimo fue variado, es decir, la semanas 5, 6, 7 y 11 tienen un nivel de 7, las semanas 8 y 9 decaen al nivel 6 y en la semana 10 se recupera al nivel 7, es de destacar que la semana 4 tiene un nivel de 5 por la segunda audiencia de su divorcio y la semana 12 también tiene un nivel de 5 a consecuencia de los últimos trámites del divorcio (Figura 11).

Figura 11. Termómetro del Estado de Ánimo, registro semanal



La preocupación principal de la paciente fue su proceso de divorcio, que se reflejó a nivel físico como cansancio, a nivel emocional ella reporta demasiada tristeza, preocupación, soledad y tristeza, teniendo pensamientos negativos como <<Quiero salir corriendo>>, <<¿Cómo lo soluciono?!>> y <<Me puedo morir si no se controla el azúcar en sangre>>, los cambios en esta paciente fueron <<Tengo que tomar mi medicina y hacer mi dieta>>, <<Ir con los psicólogos para que me guíen como debo manejar mis emociones y mis ideas>> y <<Tengo que ser más paciente, no desesperarme y voy a solucionar poco a poco primeramente Jehová>>, entre los que más destacan.

Participante 4.

Edad: 39

Sexo: Femenino

Estado Civil: Casada

Ocupación: Ama de casa

Diagnostico: Lupus erimatoso sistémico, insuficiencia renal crónica

Los resultados obtenidos por la participante en el WhoQol antes de la intervención fueron en el área de salud física y medio ambiente con 19.00 reflejándose bajos, en el área de aspectos psicológicos tiene 38.00 que también es baja para una mejor calidad de vida, y en el área de relaciones sociales se muestra con una puntuación buena al tener 94.00. Para la

intervención las puntuaciones incrementaron para una mejor calidad de vida en el área de aspectos psicológicos con 50.00, relaciones sociales con 100.00 y medioambiente obtuvo 25, y el área de salud física se mantuvo con la puntuación de 19.00. En el seguimiento de muestra una mejoría en el área de salud física subiendo a 25.00 y se mantiene en 100.00 el área de relaciones sociales, sin embargo hay un decremento en el área de aspectos psicológicos con 44.00 y medioambiente con 19.00 (ver Tabla 26 y Figura 12).

De igual manera que en el caso anterior la paciente obtuvo resultados bajos en el instrumento HAD, pero se mantiene en el programa por que reporta sentirse deprimida por el fallecimiento de su hermano y la condición inestable su hija mayor, los resultados de la participante son los siguientes: área de ansiedad 4.00 y depresión 3.00, en la intervención y seguimiento los resultados se mantienen en el área de ansiedad con 4.00 y depresión disminuye a 2.00 (ver Tabla 27 y Figura 13).

Tabla 26. Puntaje obtenido de la evaluación con los instrumentos

	Categoría	Pre	Post	Seguimiento
WhoQol	Salud Física	19.00	19.00	25.00
	Aspectos Psicológicos	38.00	50.00	44.00
	Relaciones Sociales	94.00	100.00	100.00
	Medioambiente	19.00	25.00	19.00

Figura 12. Comparación de las categorías del WhoQol

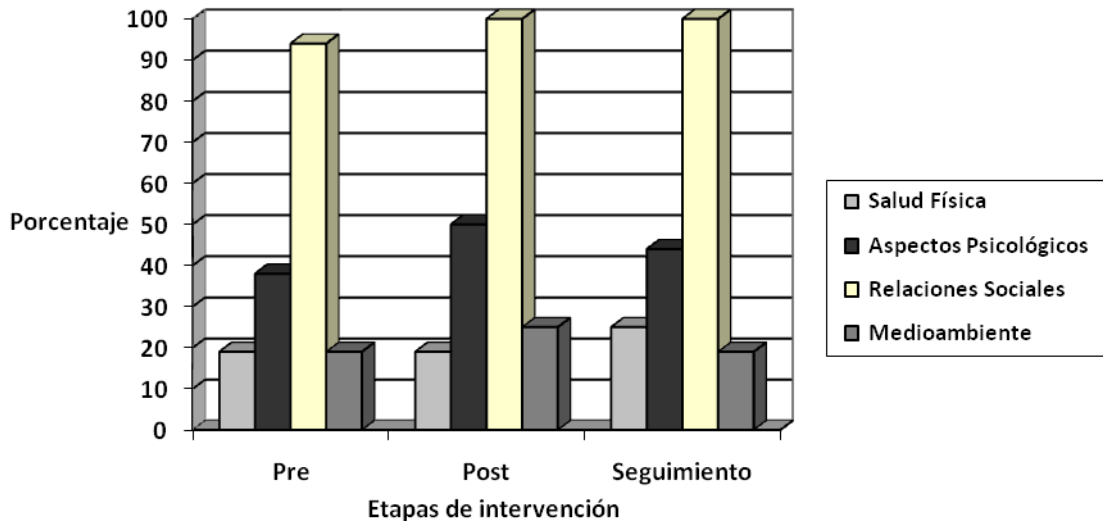
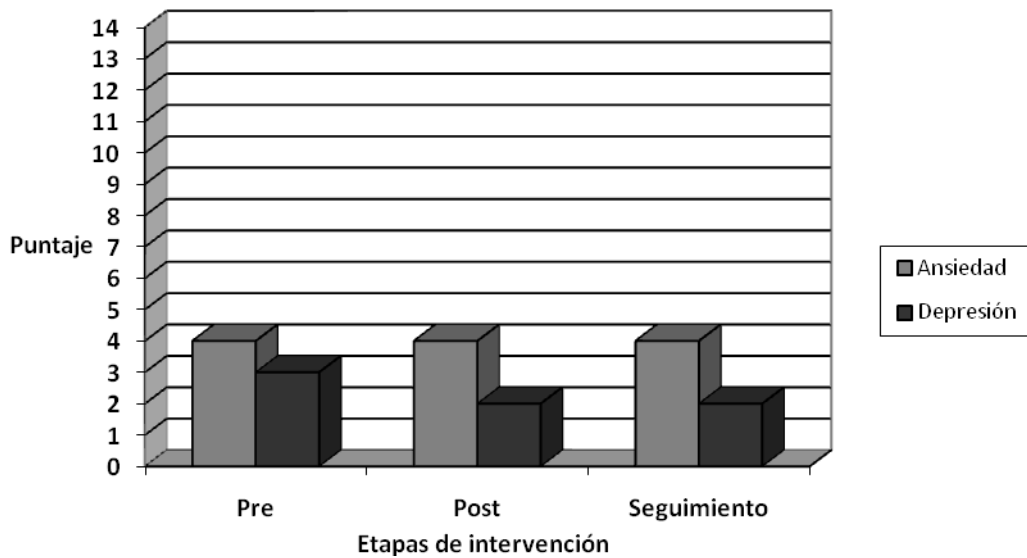


Tabla 27. Puntaje obtenido de la aplicación del HAD

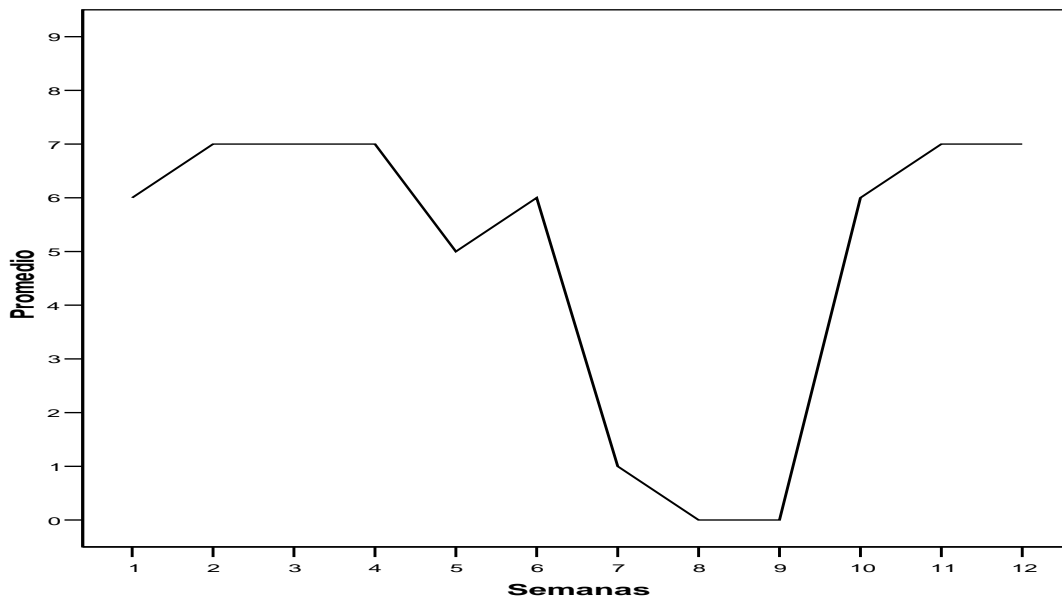
HAD	Categoría	Pre	Post	Seguimiento
	Ansiedad	4.00	4.00	4.00
	Depresión	3.00	2.00	2.00

Figura 13. Comparación de categorías del HAD



En el registro semanal la paciente muestra variaciones en su estado de ánimo, en la semana 1, 6 y 10 tiene un nivel de 6, la semana 5 tiene un nivel de 5, pero mantiene un nivel de 7 en las semanas 2, 3, 4, 11, y 12, las semanas 8 y 9 decae a nivel 0 debido a que no registra estas semanas y se desconoce la causa, sin embargo en la semana 7 decae a un nivel de 1, en esta semana reporta que se siente triste e impactada por el fallecimiento de una vecina (niña).

Figura 14. Termómetro del Estado de Ánimo, registro semanal



Es importante mencionar que a pesar de las puntuaciones bajas en el instrumento HAD, la participante se mantuvo en el programa por los datos reportados en las entrevistas donde la participante refiere el fallecimiento de su hermano, la inestabilidad del matrimonio de su hija de 19 años y problemas de pareja. Principalmente se destaca el reporte que ella menciona en su registro diario donde comenta que ha pensado <<Ya no vivir>>, <<Tomarme todas las pastillas y envenenarme>>, otro ejemplo es <<Querer morirme no ser carga>> (tomado de una de las actividades), pensamientos que se fueron modificando por otros más racionales ejemplo <<Vivir solo por hoy>>, <<Compartir mi vida con mis seres queridos>>, <<Seguir trabajando>> y <<Estar bien, sana y sin dolor>>.

Participante 5.

Edad: 42

Sexo: Femenino

Estado Civil: Casada

Ocupación: Ama de casa

Diagnostico: Insuficiencia renal crónica, hipertensión arterial

En este caso la participante tuvo una puntuación en el instrumento WhoQol de 13.00 en el área de salud física, 19.00 en aspectos psicológicos y 6.00 en medioambiente, estas tres áreas se muestran bajas a diferencia de las relaciones sociales con 75.00. En la evaluación después de la intervención muestra un incremento en la calidad de vida, a los siguientes puntajes son: salud física con 19.00, aspectos psicológicos con 44.00, relaciones sociales fue de 94.00 y medioambiente de 13.00. En el seguimiento hubo un ligero decremento en aspectos psicológicos con 31.00, se mantuvo el medioambiente con 13.00 y se elevó a 31.00 el área de salud física y el área de relaciones sociales con 100.00 (ver Tabla 28 y Figura 15).

En el instrumento HAD, la puntuación es de 9.00 y 8.00 en las áreas de ansiedad y depresión respectivamente, en ambas áreas se refleja un caso dudoso, después de la intervención se muestra mejoras al disminuir a la puntuación de 3.00 en ansiedad y 1.00 en depresión, sin embargo, en el seguimiento se mantiene en una situación de trastornos ausentes a pesar de que la ansiedad vuelve a incrementar a 6.00, en el caso de la depresión se mantiene en 1.00 (ver Tabla 30 y Figura 16).

Tabla 28. Puntaje obtenido de la evaluación con los instrumentos

	Categoría	Pre	Post	Seguimiento
WhoQol	Salud Física	13.00	19.00	31.00
	Aspectos Psicológicos	19.00	44.00	31.00
	Relaciones Sociales	75.00	94.00	100.00
	Medioambiente	6.00	13.00	13.00

Figura 15. Comparación de categorías del WhoQol

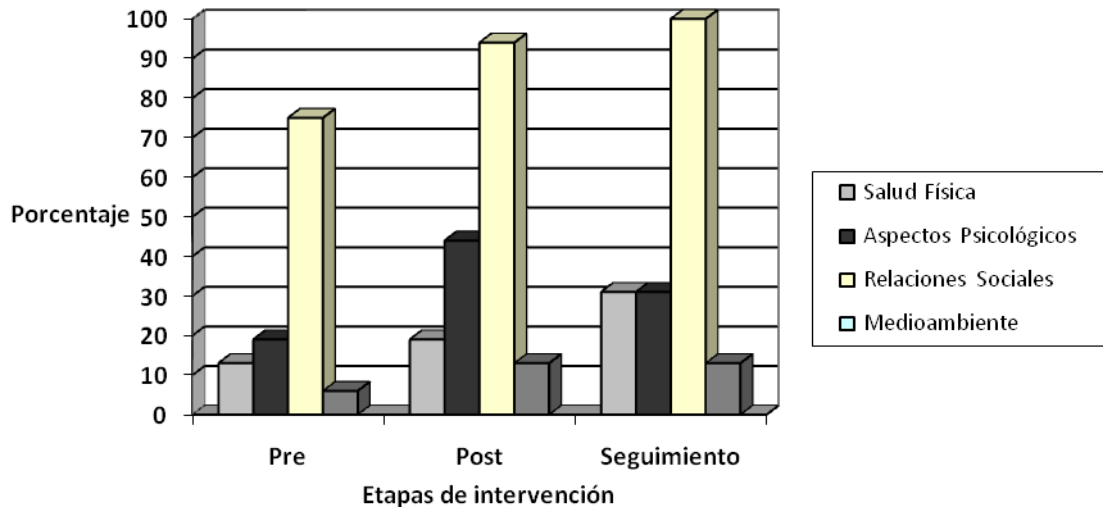
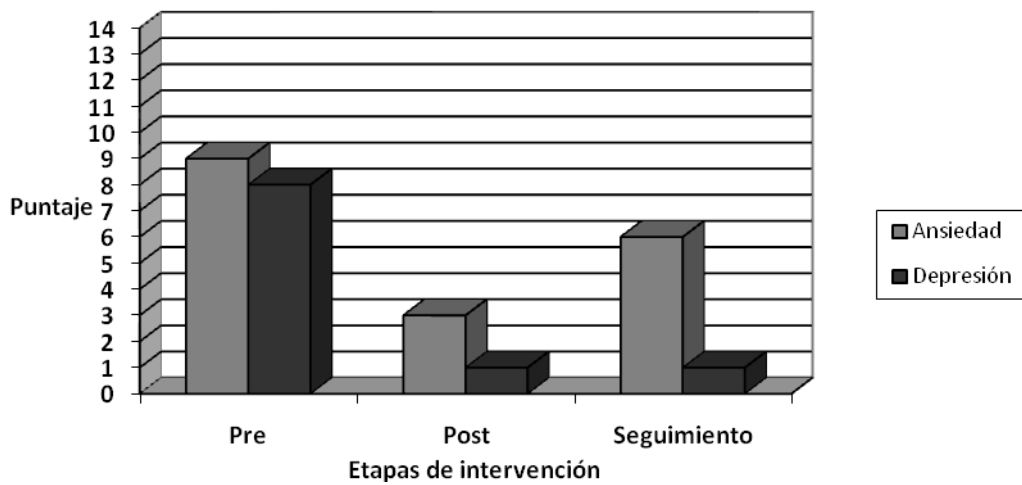


Tabla 29. Puntaje obtenido de la aplicación del HAD

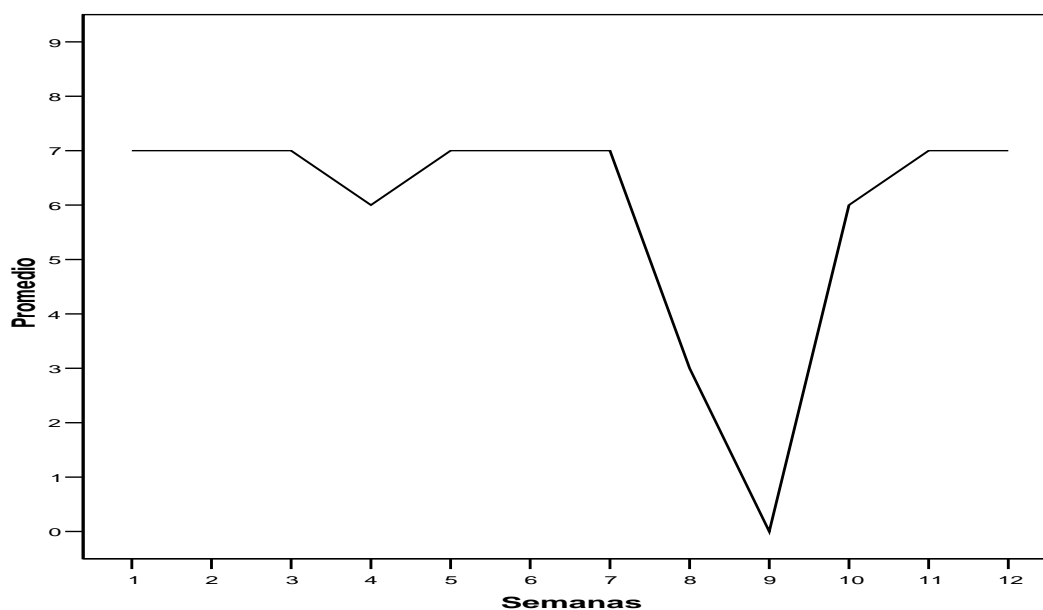
HAD	Categoría	Pre	Post	Seguimiento
	Ansiedad	9.00	3.00	6.00
	Depresión	8.00	1.00	1.00

Figura 16. Comparación de categorías del HAD



La Figura 17, muestra el promedio del estado de ánimo de la paciente durante las semanas de intervención, donde predomina el nivel 7 en las semanas 1, 2, 3, 5, 6, 7, 11, y 12, la semana 5 y 10 baja a nivel 6, en la semana 9 decae drásticamente al nivel 0 debido a que esa semana la paciente no registró, se desconoce la causa.

Figura 17. Termómetro del Estado de Ánimo, registro semanal



La paciente inicia el programa con pensamientos de <<tengo miedo de morirme pronto>> <<soy cruel>> <<soy culpable>> que modificó durante la intervención comenzando por “sentirse mejor” ella menciona que aprendió a vivir con su enfermedad, y sus pensamientos cambiaron a <<con apoyo de mi familia saldré adelante>> <<con un buen tratamiento y mis dietas puedo vivir bien>>, además en los últimos registros ella menciona que se siente bien pues se siente apoyada por familiares y sobretodo por su esposo. Cabe mencionar que para el seguimiento se ha mantenido estable en calidad de vida y disminuyó aun más su estado depresivo.

Participante 6.

Edad: 55

Sexo: Femenino

Estado Civil: Casada

Ocupación: Ama de casa

Diagnostico: Insuficiencia renal crónica, diabetes mellitus, síndrome de Meniere, hipertensión arterial, gastritis, neuralgia, osteoartritis, herpes zoster.

Para la participante 6, la evaluación del WhoQol quedó con los siguientes datos, salud física 6.00, aspectos psicológicos 13.00, en relaciones sociales obtuvo 75.00 lo cual refleja una calidad de vida baja en las tres primeras áreas a diferencia de la última, después de la intervención las puntuaciones quedaron bajas en área de salud física con 6.00, aspectos psicológicos subió a 38.00, en el área de relaciones sociales sube a 100.00 y medioambiente sube también a 19.00, en el seguimiento la salud física se mantuvo en 6.00, aspectos psicológicos baja a 19.00, relaciones sociales se mantiene en 94.00 y medioambiente baja drásticamente a 6.00, lo cual significa que su calidad de vida decae para el seguimiento (ver Tabla 30 y Figura 18).

En la evaluación del HAD, las puntuaciones se muestran altas en ansiedad como en depresión quedando en 15.00 y 12.00 respectivamente lo cual refleja trastornos presentes, sin embargo, en la intervención hay una notable pues hay una mejoría en la ansiedad y la depresión desapareción con las puntuación de 7.00 y 4.00 respectivamente, pero no es el caso en el seguimiento pues ambos trastornos se vuelven hacer presentes; ansiedad regresa a una puntuación de 14.00 y depresión a 10.00 (ver Tabla 31 y Figura 19).

Tabla 30. Puntaje obtenido de la evaluación con los instrumentos

	Categoría	Pre	Post	Seguimiento
WhoQol	Salud Física	6.00	6.00	6.00
	Aspectos Psicológicos	13.00	38.00	19.00
	Relaciones Sociales	75.00	100.00	94.00
	Medioambiente	6.00	19.00	6.00

Figura 18. Comparación de categorías del WhoQol

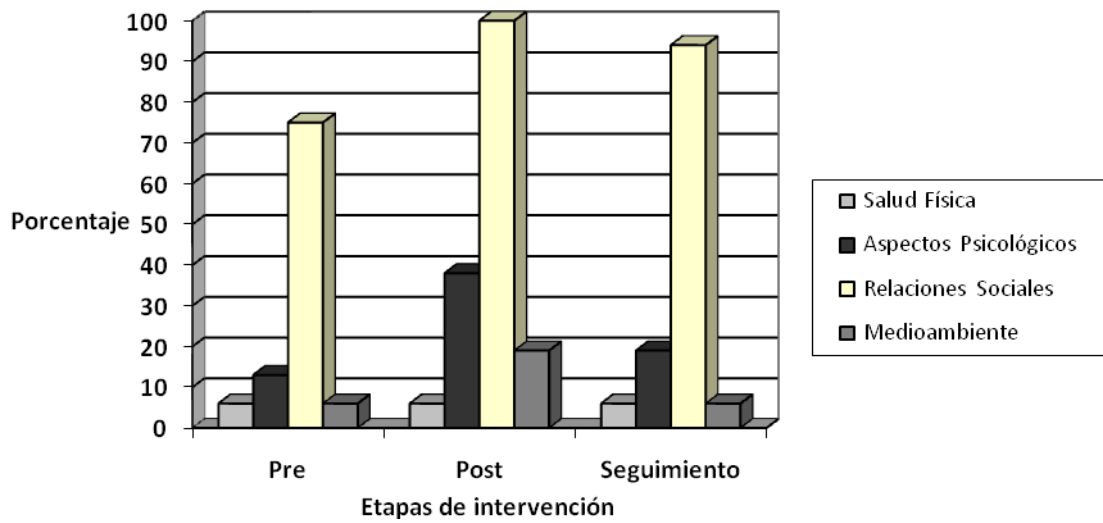
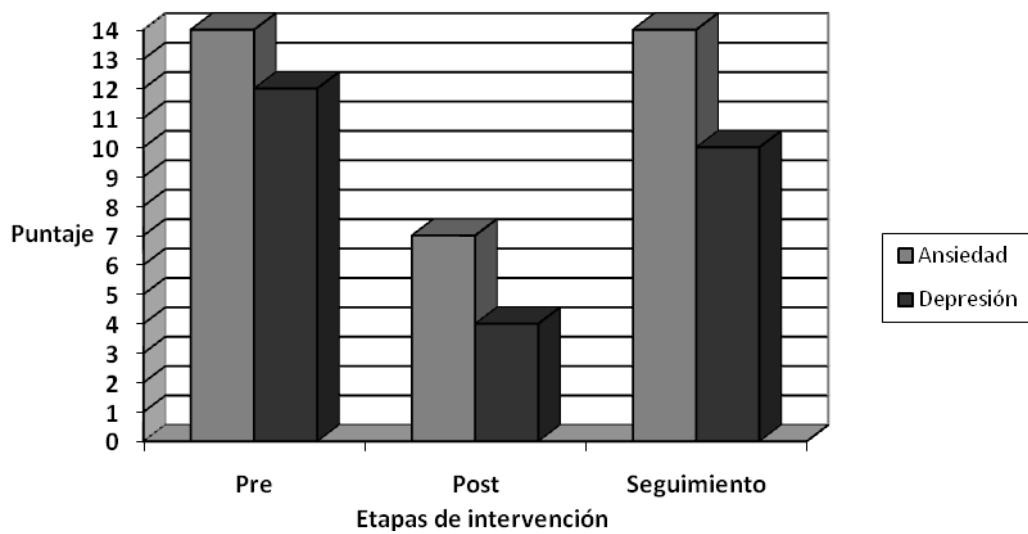


Tabla 31. Puntaje obtenido de la aplicación del HAD

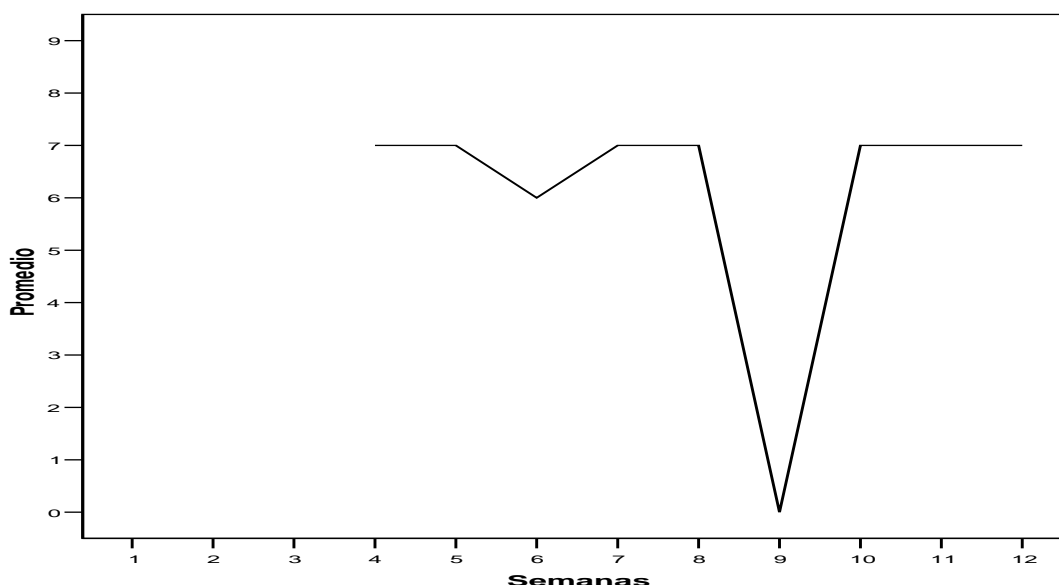
HAD	Categoría	Pre	Post	Seguimiento
	Ansiedad	15.00	7.00	14.00
	Depresión	12.00	4.00	10.00

Figura 19. Comparación de categorías del HAD



En la figura 20, muestra el estado de ánimo que la paciente presentó durante las semanas de intervención, cabe mencionar que la paciente se incorporó al programa tres semanas más tarde, por ello estas semanas no se encuentran registradas. En la semana 4, 5, 8, 10, 11 y 12 mantiene un estado de ánimo en el nivel 7, la semana 6 tuvo un nivel de 6 y la semana 9 decae a 0 debido a que no registró, ella argumenta que tuvo una crisis del síndrome meniere.

Figura 20. Termómetro del Estado de Ánimo, registro semanal



Es importante mencionar que la paciente ingresó al programa con pensamientos <<para qué levantarme >>, <<no tengo suficiente fuerza de voluntad>>, <<pienso que soy una carga para mi familia>>, estos pensamientos cambiaron durante la intervención y quedaron de la siguiente manera <<me gustaría salir a pasear>>, <<quisiera aprender a ser mejor y más fuerte>> y <<voy a tratar de cuidarme mucho para no preocuparlos tanto>>.

Sin embargo, como se observa en los resultados cae drásticamente en su calidad de vida y en su ansiedad y depresión, ello menciona que durante el mes de seguimiento ella enfermó de Herpes Zoster, además le informaron que una de sus hijas está desahuciada y además comenta que tiene problemas en su matrimonio.

3.3. Discusión

Haciendo hincapié en que la incidencia de la insuficiencia renal ha venido incrementado en los últimos años y ello trae consigo consecuencias tanto físicas como psicológicas, dentro del éste último las reacciones disfuncionales sobre las que trabaja el psicólogo es la depresión, que es la manifestación más común en un enfermo renal crónico.

Si bien es cierto que la depresión es una consecuencia de las enfermedades renales, Vidal (2003) destaca que también la enfermedad renal influye en la depresión, pues hay un incumplimiento de instrucciones del régimen dietético y farmacológico, lo que conlleva a un desánimo en lo absoluto del paciente.

El objetivo de este estudio fue adaptar, aplicar y evaluar la eficacia de un programa de intervención cognitivo-conductual para la disminución de síntomas depresivos en pacientes del servicio de Nefrología del Hospital Juárez de México, y así mismo, la intervención tenía como fin de manera individual que las pacientes asimilaran su padecimiento, se adhirieran al tratamiento y a la dieta y, modificaran sus pensamientos y conductas negativas frente al mismo. Por lo tanto, controlarían y disminuirían la depresión teniendo una mejor calidad de vida a corto y largo plazo.

En base a los resultados obtenidos se puede concluir que la terapia cognitivo-conductual en grupo, disminuye los síntomas depresivos y mejora la calidad de vida en las pacientes con enfermedad renal. Además cabe mencionar que el trastorno de ansiedad va muy vinculado con la depresión por lo que también se trabajó en esta área aunque no era contemplada como objetivo de la investigación. Los elementos utilizados en la intervención fueron: a) psicoeducación, b) reestructuración cognitiva (Ellis y Beck), c) modificación de conducta, d) entrenamiento en respiración diafragmática y e) técnicas de relajación.

- a) Psicoeducación: se definió de acuerdo a la literatura qué es la depresión, los síntomas que la caracterizan, los factores asociados y cómo influye en el ser humano. También se definió que es la salud, cómo se liga al estado de ánimo y se ejemplificó algunos de los factores psicológicos que son consecuencia del padecimiento. Además se abarcó características generales de los padecimientos renales.
- b) Reestructuración cognitiva: se explicó de manera sencilla en qué consiste la técnica y se proporcionó la lista de errores cognitivos de Ellis y Beck (Feixas y Miró, 1993) y se ejemplificó como es la modificación de pensamientos dañinos por otros más racionales.

- c) Modificación de conducta: se enfatizó en las necesidades primordiales de las actividades diarias y se diseñaron alternativas para cumplir con las necesidades tales como ejercicio, dietas e ingesta de medicamentos.
- d) Entrenamiento en respiración diafragmática: se explicó en que consiste y se entreno en la ejecución.
- e) Técnicas de relajación: se explicó en qué consiste, se guió en la relación de músculo por músculo para mayor comprensión.

Lo que se logró, fue que la depresión disminuyera y se mantuviera ésta disminución en el seguimiento en 5 de las 6 pacientes que participaron en el programa de 12 sesiones y, se detectó que la sexta paciente durante la intervención disminuye su estado depresivo, pero en el seguimiento vuelve a presentar el trastorno debido a problemas de salud (aparición de nuevas enfermedades) y familiares (hija desahuciada y problemas en el matrimonio). En cuanto a la ansiedad las 6 pacientes también disminuyeron su estado durante la intervención, sin embargo, en el seguimiento sólo se mantuvieron 4 de las 6, una paciente vuelve al estado ansioso debido a exigencias familiares y económicas y, la segunda paciente es la misma que sube en el estado depresivo por causas de salud y problemas familiares. Cabe mencionar que se hicieron estos dos análisis, uno de 6 participantes y otro de 5 participantes debido a que la sexta paciente mostro puntuaciones muy altas que podrían influir en los resultados. En el análisis de las 6 participantes hay significancia en ambas áreas (depresión y ansiedad), pero en el análisis de 5 participantes hay significancia sólo en el área de depresión, por lo antes mencionado (participante con puntuaciones altas en ansiedad).

Las mejorías también se reflejaron en los resultados recabados el instrumento WhoQol en tres de las cuatro áreas, que evalúa la calidad de vida. El área que no tuvo mejorías significantes es la de aspectos físicos, las siguientes áreas (aspectos psicológicos y relaciones sociales) sí hubo significancia tanto en el análisis con las 6 participantes como tan sólo con las 5

pacientes, en el área de medioambiente también hubo significancia sólo en el análisis de 6 participantes, en el análisis de 5 participantes también podría ser significativa, sin embargo, no es contemplada debido a que no está dentro del niveles de significancia establecidos previamente.

Una posible explicación del área de salud física, es que sigue habiendo deterioros tanto en el padecimiento renal, alteraciones sistémicas y la aparición de nuevas enfermedades (ej. aparición de quistes en senos, herpes zoster, probable acercamiento al tratamiento sustitutivo). Por lo que, en palabras de Vidal (2003) las pacientes deben hacer nuevos cambios en el estilo de vida (aunque esto no ocurre en todas las pacientes). En el área de aspectos psicológicos que tuvo una mayor significancia, se logra con la reestructuración en las creencias y pensamientos irracionales de las pacientes, como base para esta modificación se utilizó la lista de errores cognitivos (ver Anexo 6) y los autorregistros que como Muñoz (1998) menciona es parte necesaria para recopilar información, pues aprendieron a identificarlos y modificarlos (ej. <<Tengo problemas con mi mamá y eso me hace sentir mal>> cambio a <<Hoy tengo cosas importantes que hacer>>, <<Me puedo morir si no se controla el azúcar en sangre>> cambia a <<Tengo que tomar mi medicina y hacer mi dieta>>). Además también se intervino desde lo que Giacoletto y Bujaldón (2003) mencionan como desconocimiento de la enfermedad mediante la psicoeducación y la elaboración de un tríptico (ver Anexo 6). El área de relaciones sociales es la otra área de mayor significancia cabe mencionar que esta área no tuvo puntuaciones bajas desde el pre, sin embargo, siguió mejorando durante la intervención y el seguimiento, las pacientes argumentan una mejor relación con su pareja, familiares y amigos. Medioambiente, en esta área hubo también una significancia, pues comenzaron las pacientes a realizar actividades y cumplir objetivos como la necesidad de hacer ejercicio, para mejorar en su calidad de vida.

En las áreas de ansiedad y depresión se logró disminuir los trastornos, por medio de la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en respiración diafragmática y las técnicas de relajación, las pacientes mencionan que ya no

tienen la conducta de llorar o estar triste y, además modificaron hábitos de sueño.

Por lo tanto, se puede sustentar que la intervención de tipo cognitivo-conductual en pacientes crónicos renales, es eficaz al igual como lo marca Riveros, Cortazar-Palapa, Alcázar y Sánchez (2005), donde ellos también aplican una intervención del mismo tipo y reflejan la eficacia en variables de ansiedad, depresión, afrontamiento, adherencia terapéutica y bienestar en un grupo de pacientes crónicos.

Bajo este enfoque, también Reyes (2005), realizó un estudio donde su objetivo era elevar la calidad de vida, perfeccionando y mejorando la atención psicológica, además de evaluar el apoyo social y el funcionamiento familiar. Por tanto, recomienda que la intervención pudiera ser de manera individual o grupal para el paciente y sus familiares haciendo hincapié que la terapia racional-emotiva en particular y la cognitiva-conductual en general, y ambas proporcionan resultados positivos.

Sin embargo, para este estudio se considera agregar al programa algunas sesiones que abarquen habilidades de afrontamiento, complementar con terapia individualizada y un mayor trabajo multidisciplinario con el equipo médico, enfermeras, trabajadores sociales e incluir a la familia.

Referencias

- Alcázar, R. y Egido, J. (2003). Clasificación de las enfermedades glomerulares. En: Avendaño, L. H., Aljama, P., Arias, M., Caramelo, C., Egido, J. y Lamas, S. *Nefrología Clínica*; Cap. 7.3, pp. 273-276. México: Ed. Médica Panamericana.
- Álvarez, A y Alfonso, J. (1997). Un caso de depresión. En: Macía, D. y Méndez, F. (Coord.). *Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta. Estudios de casos*. Cap. 6, pp. 101-117. Madrid: Pirámide.
- Álvarez-Ude, F., Fernández-Reyes, M., Vázquez, A., Mon, C., Sánchez, R., y Rebollo, P. (2001). Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas. *Nefrología*, 21 (2).
- Amigo, V. I., Fernández, R. C. y Pérez, A. M. (1998). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.
- Anderson, J. y Levine, J. L. (1985). Identificación y prevención de problemas psicosociales en el enfermo renal. En: Levine, D. Z. *Manual de cuidados del paciente renal*. Cap. 3, pp. 27-33. Madrid: Interamericana.
- Arévalo, M. (2003). El riñón normal. Anatomía e Histología. En: Avendaño, L. H., Aljama, P., Arias, M., Caramelo, C., Egido, J. y Lamas, S. *Nefrología Clínica*; Cap. 1.1, pp. 3-9. México: Ed. Médica Panamericana.
- Arias, M., Escallada, R. y Carril, J. M. (2003). Estudio de la función renal. En: Avendaño, L. H., Aljama, P., Arias, M., Caramelo, C., Egido, J. y Lamas, S. *Nefrología Clínica*; Cap. 3.2.2, pp.118-126. México: Médica Panamericana.
- Asenjo, G., Durán, E. y Merino, J. M. (2002). Construcción y aplicación de un modelo biopsicosocial para determinar situación nutricional en mujeres climatéricas. *Revista Chilena de Nutrición*, 29 (1) p. 48-53. Recuperado

el 16 de abril del 2007 de:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182002000100007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-7518.

Becoña, E., Vázquez, F. y Oblitas, L. (2000). Psicología de la salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas. En L. Oblitas y E. Becoña (dirs.), *Psicología de la salud*. Cap.1, pp. 11-52. México: Plaza y Valdés.

Bermúdez, J. (1991). Métodos de estudio de la función renal. En: Peña, J.C. *Nefrología clínica*. México: Méndez Oteo-Méndez Cervantes.

Borda, M. M., Pérez, S. G. M.; y Blanco, P. A. (2000). *Manual de técnicas de Modificación de Conducta en Medicina Comportamental*. Sevilla: Universidad de Sevilla, Secretariado de Publicaciones Universitarias

Buceta, J. M., Bueno, A.M. y Mas, B. (2000). Intervención psicológica en trastornos de la salud. Cap. 1, pp. 21-39. Madrid: Dykinson Psicología.

Buela-Casal, C. G. y Fernández, R. L. (1997). El concepto de salud y enfermedad. En: Buela, C. G., Fernández, R. L. y Carrasco, G. T. *Psicología preventiva: avances recientes en técnicas y prevención*; Cap. 1, pp. 27-38. Madrid: Pirámide.

Carreras, L. (1989). Estructura y función renal. En: Alsina, J. *Licenciatura en nefrología*. Cap 1, pp. 1-15. México: Salvat Editores.

Catran, D. (1985). Tratamiento de la insuficiencia renal crónica. En: Levine, D. *Manual de cuidados del paciente renal*. Cap. 19, pp. 237-25.1 Madrid: Interamericana.

Dawborn, J. K. (1990). Insuficiencia Renal Crónica. En: Whitworth, J. A. y Lawrence, J. R. *Enfermedades Renales*. Cap. 18, pp. 420- 447. México: Manual Moderno.

Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A Challenge for biomedicine. *Science*, 196, pp. 129-136.

Feixas, G. y Miro, M. T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. Cap. 3, pp. 19. Barcelona: Paidós.

Fernández-Ballesteros. (1981). *Evaluación conductual: Metodología y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.

Frutos, M. (s/a). *Enfermedades Glomerulares e Intersticiales*. <http://www.carloshaya.net/biblioteca/contenidos/docs/nefrologia/predialisis/miguelfrutos.PDF>

Fuentes, M. R. (1994). *Psicología médica*. México: Fondo de Cultura Económica.

Gálvez, M. S. y Muñoz, R. F. (Tracc.) (2003). *Manual de Terapia de Grupo para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de la Depresión: aprendiendo a manejar su realidad personal*. San Francisco: Universidad de California.

García, G. M., Ponz, C. y Soley, B. (1994). Organización de un programa de diálisis peritoneal. En: Cruz, C., Montenegro, J. y Olivares, M. J. *Diálisis peritoneal*. Cap. 1, pp. 15-25. México: Trillas.

García, G. M. (1998). Principios físicos: difusión, convección, transferencia de masas, aclaramiento, recirculación, control ácido-base. En: Lorenzo, S. V. *Manual de nefrología clínica, diálisis y trasplante renal*. Cap. 18, pp. 369-400. Madrid: HARCOUT BRACE.

García, R. J. (2006). *El desempeño del Psicólogo en las instituciones de salud*. Recuperado el 30 de agosto de: www.uaq.mx/psicologia/lamision/smlMSS_15.html - 31k

- Giacoletto, G. y Bujaldón, M. (2003). Aspectos psicológicos de los enfermos en técnicas sustitutivas de la función renal, de sus familiares y del equipo tratante. En: Avendaño, L. H, Aljama, P., Arias, M., Caramelo, C., Egido, J. y Lamas, S. *Nefrología Clínica*; Cap. 19.1.6., pp. 805-811. México: Ed. Médica Panamericana.
- Gordillo D, A, R. (2003). Enfermedades glomerulares. En: Treviño, B. A. *Tratado de Nefrología*. Tomo I, Cap. 23, pp. 577-609. México: Prado.
- Hernando, L. (2003). Enfoque y valoración del enfermo con patología renal. En: Avendaño, L. H, Aljama, P., Arias, M., Caramelo, C., Egido, J. y Lamas, S. *Nefrología Clínica*; Cap. 3.1, pp.105-111. México: Ed. Médica Panamericana.
- Hollomby, D. (1985). Introducción a la hemodiálisis. En: Levine, D. *Manual de cuidados del paciente renal*. Cap. 22, pp. 275-287. Madrid: Interamericana.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía (INEGI) 2005. Sistemas Nacionales Estadístico y de Información Geográfica, recuperado el 28 de enero de 2008. www.inegi.org.mx/
- Jofre, I. R., López, G. J. y Valderrábano, Q. F. (2003). Calidad de vida en nefrología. En: Treviño, B. A. *Tratado de nefrología*. Tomo II, Cap. 71, pp. 1947-1971. México: Ed. Prado
- Kelly, C. y Neilson, E. (2005). Enfermedades túbulo intersticiales. En: Brenner, B. M. *El riñón*. Vol. II, Cap. 30, pp. 1483-1500. España: ELSEVIER.
- Linton, A. L. (1990). Insuficiencia Renal Aguda. En: Whitworth, J. A. y Lawrence, J. R. *Enfermedades Renales*. Cap. 17, pp. 395-419. México: Manual Moderno.

- López, J. M. y Rodríguez, D. (2003). Función renal: conceptos generales. En: Avendaño, L. H, Aljama, P., Arias, M., Caramelo, C., Egido, J. y Lamas, S. *Nefrología Clínica*; Cap. 1.3, pp. 3-9. México: Ed. Médica Panamericana.
- Marmot, M. y Wilkinson, R. (1999). Social Derminants of health. Oxford University Press. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, Ciencias Sociales y Humanidades. *Salud Pública de México*. 43(4). <http://redalyc.uaemex.mx>
- Martínez, S. G. (2003). La intervención del psicólogo en el proceso del trasplante. En: Remor, E., Arranz, P. y Ulla, S. *El Psicólogo en el ámbito hospitalario*. Cap. 14, pp. 371-393.España: Desclée De Brouwer.
- Martínez, B. E. y Barreto, M. P. (2003). La formación de los profesionales de la salud: la contribución del psicólogo hospitalario. En: Remor, E., Arranz, P. y Ulla, S. *El Psicólogo en el ámbito hospitalario*. Cap. 5, pp. 121-136. España: Desclée De Brouwer.
- Matarrazzo, J. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new Health Psychology. *American Psychologist*, 53, 807- 817
- Mejía, Z. M. M. (2003). Enfermedad Túbulo-intersticial. En: Treviño, B. A. *Tratado de Nefrología. Tomo I*, Cap. 27, pp.687-731. México: Prado.
- Méndez, D. A., Ibarra, P. A. y Rivera, A. L. L. (2007). Frecuencia de depresión en pacientes de hemodiálisis crónica del Hospital General Regional No. 25 del IMSS. *Nefrología Mexicana*, 28 (2), 42-45.
- Moctezuma, B. G. (2000). Derechos de los usuarios de los servicios de salud. México. Cámara de Diputados. LVIII Legislatura. Universidad Nacional Autónoma de México. <http://www.bibliojuridica.org/libros/1/80/tc.pdf>

- Morales, C. F. (1997). *Introducción al estudio de la psicología de la salud*. Cap. 4, pp. 136-157. México: UNISON.
- Muñoz, L. M. (1998). Forma de proceder y pasos para el desarrollo de la evaluación conductual. En: Labrador, J. F., Cruzado, J. y Muñoz, M. *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Cap. 9, pp. 284-319. Madrid: Pirámide.
- Oblitas, L. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*; México: International Thomson Editores.
- Ortiz, A. (2003). Etiopatogenia de las enfermedades glomerulares. En: Avendaño, L. H., Aljama, P., Arias, M., Caramelo, C., Egido, J. y Lamas, S. *Nefrología Clínica*; Cap. 7.1, pp. 255-267. México: Ed. Médica Panamericana.
- Pérez, A. M., Fernández, H. J., Fernández, R. C. y Amigo, V. I. (2003). *Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces II. Psicología de la Salud*; Madrid: Ediciones Pirámide.
- Pérez, A. M. y García, M. J. M. (2005). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. En: Pérez, A. M., Fernández, H. J. R., Fernández, R. C. y Amigo, V. I. *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I*. Cap. 5, pp. 161-188. Madrid: Pirámide.
- Penzo, W. (1990). *Licenciatura psicología médica*. Cap. 1, 2, 5. pp. 1-35, 69-85. Barcelona: Salvat.
- Piña, L. A., Obregón, S. F., Corral, V. V. y Márquez, M. I. (1996). ¿Constituye la medicina conductual una alternativa multidisciplinaria de la Psicología para el campo de la salud?. En: Sánchez, S. J. J., Carpio, R. C. y Díaz, G. E. (Comps). *Aplicaciones del conocimiento psicológico*. México: UNAM, pp. 95-115.

- Pisciottano, D. (2005). Nefrología y medio interno. Argentina: AKADIA.
- Rabin, E. Z. (1985). Hematuria y Proteinuria. En: Levine, D. Z. *Manual de cuidados del paciente renal*. Cap. 14, pp. 165-173. Madrid: Interamericana.
- Remor, E., Arranz, P. y Ulla, S. (2003). *El Psicólogo en el ámbito hospitalario*. España: Desclée De Brouwer.
- Rey, J. (2003). Desarrollo del riñón. En: Avendaño, L. H, Aljama, P., Arias, M., Caramelo, C., Egido, J. y Lamas, S. *Nefrología Clínica*; Cap. 1.2, pp.10-18. México: Ed. Médica Panamericana
- Reyes, S. A. (2005). Atención psicológica a los pacientes renales crónicos. *Santiago*, 108, pp. 105-116. Universidad de Oriente, Santiago de Cuba, Cuba. <http://www.uo.edu.cu/ojs/index.php/stgo/article/view/14505308/90>
- Rivero, A., Cortazar-Palapa, J., Alcázar, F. y Sánchez, S. J. J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica en pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical an Health Psychology*. 5(3), pp. 445-462. Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC). Granada, España.
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/337/33705302.pdf>
- Rojterberg, S. (2001). *Depresiones y Antidepresivos*. México: Editorial Panamericana.
- Salinas, R. J. L. (1998). La aplicación de técnicas cognitivo y conductuales para el tratamiento de la depresión: un caso. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 1(1).
- Sánchez, S. J. J. y González-Celis, R. A.L. (2006). Evaluación de calidad de vida desde la perspectiva psicológica. En: Caballo, V. *Manual para la*

evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos. Cap. 24, pp. 473-492. Madrid: Pirámide.

Sanz, M. (1998). Técnicas de hemodiálisis. En: Lorenzo, S. V. *Manual de nefrología clínica, diálisis y trasplante renal*. Cap. 22, pp. 447-460. Madrid: HARCOUT BRACE.

Schwartz, G. E. y Weiss, S. M. (1978). Behavioral medicine: an amended definition. *Journal of Behavioral Medicine*, 1, pp. 249-251.

Stewart, J. H. y Farrel, P. C. (1990). Diálisis. En Whitworth, J. A. y Lawrence, J. R. *Enfermedades Renales*. Cap. 19, pp. 449-474. México: Manual Moderno.

Tisher, C. C. Y Madsen, K. M. (1989). Anatomía del riñón. En: Brenner, B. M. y Rector, F. C. *El riñón*. Vol. I, Cap.1, pp. 3-57. España: ELSEVIER.

Treviño, B. A. (1985). Indicaciones de la diálisis peritoneal en la insuficiencia renal crónica. México: LA PRESA MEDICA MEXICANA, S. A.

Ulla, S. (2003). Aportaciones de la psiconeuroinmunología a la psicología hospitalaria. En: Remor, E., Arranz, P. y Ulla, S. *El Psicólogo en el ámbito hospitalario*. Cap. 2, pp- 49-72, España: Desclée De Brouwer.

Vidal, E. M. (2003). Intervención psicológica en pacientes con insuficiencia renal crónica. En: Remor, E., Arranz, P. y Ulla, S. *El Psicólogo en el ámbito hospitalario*. Cap. 15, pp. 395-419. España: Desclée De Brouwer.

Weiss, M. F. (2000). Causas, fisiopatología y diagnóstico de la insuficiencia renal aguda. En: Hricik, D., Sedor, J. y Ganz, M. *Secretos de la nefrología*. Cap. 9 pp. 29-32. México: McGraw Hill Interamericana.

Weiss, M. F. (2000). Tratamiento de la insuficiencia renal aguda. En: Hricik, D., Sedor, J. y Ganz, M. *Secretos de la nefrología*. Cap. 10 pp. 33-35. México: McGraw Hill Interamericana.

Wilson, D. R. (1985). Insuficiencia renal aguda. En: Levine, D. Z. *Manual de cuidados del paciente renal*. Cap. 15, pp. 175-187. Madrid: Interamericana.

ANEXOS

ANEXO 1: HAD

Lee cada frase y marca la respuesta que más se ajusta a cómo te has sentido durante la semana pasada. No pienses mucho las respuestas. Lo más seguro es que si trabajas deprisa tus respuestas se ajustarán mucho más a cómo te has sentido la semana pasada.

- 1. Me siento tensa o nerviosa.**

<input type="checkbox"/> Todos los días.	<input type="checkbox"/> Muchas veces.	<input type="checkbox"/> A veces.	<input type="checkbox"/> Nunca.
--	--	-----------------------------------	---------------------------------
- 2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba.**

<input type="checkbox"/> Como siempre.	<input type="checkbox"/> No lo bastante.	<input type="checkbox"/> Sólo un poco.	<input type="checkbox"/> Nada.
--	--	--	--------------------------------
- 3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder.**

<input type="checkbox"/> Definitivamente y es muy fuerte.	<input type="checkbox"/> Sí, pero no es muy fuerte.	<input type="checkbox"/> Un poco, pero no me preocupa.	<input type="checkbox"/> Nada.
---	---	--	--------------------------------
- 4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas.**

<input type="checkbox"/> Al igual que siempre lo hice.	<input type="checkbox"/> No tanto ahora.	<input type="checkbox"/> Casi nunca.	<input type="checkbox"/> Nunca.
--	--	--------------------------------------	---------------------------------
- 5. Tengo mi mente llena de preocupaciones.**

<input type="checkbox"/> La mayoría de las veces.	<input type="checkbox"/> Con bastante frecuencia.	<input type="checkbox"/> A veces, aunque no muy a menudo.	<input type="checkbox"/> Sólo en ocasiones.
---	---	---	---
- 6. Me siento alegre.**

<input type="checkbox"/> Nunca.	<input type="checkbox"/> No muy a menudo.	<input type="checkbox"/> A veces.	<input type="checkbox"/> Casi siempre.
---------------------------------	---	-----------------------------------	--
- 7. Puedo estar sentada tranquilamente y sentirme relajada.**

<input type="checkbox"/> Siempre.	<input type="checkbox"/> Por lo general.	<input type="checkbox"/> No muy a menudo.	<input type="checkbox"/> Nunca.
-----------------------------------	--	---	---------------------------------
- 8. Me siento como si cada día estuviera más lenta.**

<input type="checkbox"/> Por lo general en todo momento.	<input type="checkbox"/> Muy a menudo.	<input type="checkbox"/> A veces.	<input type="checkbox"/> Nunca.
--	--	-----------------------------------	---------------------------------
- 9. Tengo una sensación extraña como de aleteo en el estómago.**

<input type="checkbox"/> Nunca.	<input type="checkbox"/> En ciertas ocasiones.	<input type="checkbox"/> Con bastante frecuencia.	<input type="checkbox"/> Muy a menudo.
---------------------------------	--	---	--
- 10. He perdido interés en mi aspecto personal.**

<input type="checkbox"/> Totalmente.	<input type="checkbox"/> No me preocupo tanto como debiera.	<input type="checkbox"/> Podría tener un poco más de cuidado.	<input type="checkbox"/> Me preocupo igual que siempre.
--------------------------------------	---	---	---
- 11. Me siento inquieta, como si no pudiera parar de moverme.**

<input type="checkbox"/> Mucho.	<input type="checkbox"/> Bastante.	<input type="checkbox"/> No mucho.	<input type="checkbox"/> Nada.
---------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------
- 12. Me siento optimista respecto al futuro.**

<input type="checkbox"/> Igual que siempre.	<input type="checkbox"/> Menos de lo que acostumbraba.	<input type="checkbox"/> Mucho menos de lo que acostumbraba.	<input type="checkbox"/> Nada.
---	--	--	--------------------------------
- 13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.**

<input type="checkbox"/> Muy frecuentemente.	<input type="checkbox"/> Bastante a menudo.	<input type="checkbox"/> No muy a menudo.	<input type="checkbox"/> Nada.
--	---	---	--------------------------------
- 14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de tv.**

<input type="checkbox"/> A menudo.	<input type="checkbox"/> A veces.	<input type="checkbox"/> No muy a menudo.	<input type="checkbox"/> Rara vez.
------------------------------------	-----------------------------------	---	------------------------------------



UNAM

ANEXO 2: WhoQol-Breve
INSTRUMENTO WHOQoL-BREVE VERSIÓN EN ESPAÑOL¹
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Instrucciones: Le voy a preguntar cómo se siente usted acerca de su calidad de vida, salud y otras áreas de su vida. Si usted está inseguro sobre cuál es su respuesta, conteste la que considere más apropiada. Esta es con frecuencia, la primera respuesta que dé a la pregunta.

Por favor tenga en mente sus costumbres, esperanzas, placeres y preocupaciones. Le voy a preguntar lo que piensa de su vida en **las dos últimas semanas** y va a contestar con unas tarjetas que le voy a enseñar y que le pueden ayudar a responder las preguntas. Por ejemplo pensando acerca de las dos últimas semanas, una pregunta que podría hacerle sería:

		<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
	¿Recibe usted la clase de apoyo que necesita de otros?	1	2	3	4	5

Usted debe contestarme de acuerdo a la medida de apoyo que usted recibió de otros durante las dos últimas semanas. De esta manera debe decir “siempre” si hubiera recibido un gran apoyo de otros. O contestar “nunca” si no recibió el apoyo de otros, que usted necesitaba en las dos últimas semanas.

Por favor escuche con atención cada pregunta, evalúe sus sentimientos y conteste señalando la respuesta que mejor lo describa.

		<i>Muy mala</i>	<i>Mala</i>	<i>Regular</i>	<i>Buena</i>	<i>Muy buena</i>
1	¿Cómo evaluaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		<i>Muy insatisfecho</i>	<i>Insatisfecho</i>	<i>Regular</i>	<i>Satisfecho</i>	<i>Muy satisfecho</i>
2	¿Qué tan satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

¹ Traducción y adaptación: González-Celis, R A L y Sánchez-Sosa, J J (2002). Este trabajo es parte parcial de la Tesis de Doctorado, Facultad de Psicología, UNAM, del primer autor, bajo la dirección del segundo.

ANEXO 2: WhoQol-Breve

Las siguientes preguntas se refieren a **cuánto** ha experimentado sobre ciertos aspectos en las dos últimas semanas:

		<i>Nada</i>	<i>Un poco</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Bastante</i>	<i>Completamente</i>
3	¿Qué tanto siente que el dolor físico le impide realizar lo que usted necesita hacer?	1	2	3	4	5
4	¿Qué tanto necesita de algún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta usted la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta dónde siente que su vida tiene un significado (religioso, espiritual o personal)?	1	2	3	4	5
7	¿Cuánta capacidad tiene para concentrarse?	1	2	3	4	5
8	¿Qué tanta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Qué tan saludable es su medio ambiente físico?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas son acerca de **qué tan completamente** ha experimentado, o ha tenido usted oportunidad de **llevar a cabo** ciertas cosas en las dos últimas semanas:

		<i>Nada</i>	<i>Un poco</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Bastante</i>	<i>Completamente</i>
10	¿Cuánta energía tiene para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Qué tanto acepta su apariencia corporal?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué tan disponible está la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Qué tantas oportunidades tiene para participar en actividades recreativas?	1	2	3	4	5
15	¿Qué tan capaz se siente para moverse a su alrededor?	1	2	3	4	5

ANEXO 2: WhoQol-Breve

Las siguientes preguntas le piden contestar **qué tan bien o satisfecho** se ha sentido usted acerca de varios aspectos de su vida durante las dos últimas semanas:

		<i>Muy insatisfecho</i>	<i>Insatisfecho</i>	<i>Regular</i>	<i>Satisfecho</i>	<i>Muy satisfecho</i>
16	¿Qué tan satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Le satisface su habilidad para llevar a cabo sus actividades en la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Está satisfecho con su capacidad para trabajar?	1	2	3	4	5
19	¿Se siente satisfecho con su vida?	1	2	3	4	5
20	¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo se siente con el apoyo que le brindan sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Qué tan satisfecho está con las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Qué tan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?	1	2	3	4	5
25	¿Qué tan satisfecho está con los medios de transporte que utiliza?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta se refiere con **qué frecuencia** usted ha sentido o experimentado en las dos últimas semanas.

		<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
26	¿Con qué frecuencia ha experimentado sentimientos negativos tales como tristeza, desesperación, ansiedad o depresión?	1	2	3	4	5

¿Tiene usted algún comentario acerca de la evaluación? _____

ANEXO 3: ENTREVISTA

1. ¿Cómo te has sentido emocionalmente? Ejemplifica.

2. ¿Te has sentido tensa, nerviosa o con preocupaciones? Da un ejemplo.

3. Últimamente ¿te han surgido pensamientos dañinos?

4. ¿Cómo los has modificado o eliminado?

5. ¿Qué técnicas de las que aprendiste en el taller, has puesto en práctica?

6. ¿Cómo ha estado de salud?

ANEXO 3: ENTREVISTA

7. ¿Has tomado tus medicamentos, seguido la dieta y realizas ejercicio?

8. ¿Tu padecimiento te ha permitido realizar tus actividades diarias?

9. ¿Has tenido dificultades para dormir? (cuáles)

10. ¿Qué haces para conciliar el sueño o no dormir demasiado?

11. Alguna vez recurriste a la hoja de información (10 diez reglas para dormir mejor), si es así, ¿Qué fue lo que pusiste en práctica?

12. ¿Cómo te has desenvuelto socialmente? (familia, pareja, amigos)

ANEXO 3: ENTREVISTA

13. ¿Cambió la manera de ver tu situación, después de haber acudido al taller?
¿cómo?

Antes	Después

14. Después de no acudir por un mes al taller, ¿te sentiste en algún momento deprimida, triste, sin ánimos, dentro de este mes?

15. ¿Cómo te visualizas en los próximos meses?

16. ¿Crees que necesitas seguir acudiendo al psicólogo?

17. Sugerencias

Termómetro del estado de ánimo

Nombre: _____

Instrucciones

- Este es un registro, donde deberá anotar datos como su nombre y la fecha del día. En el registro usted elegirá un número dependiendo como se haya sentido durante el día, sólo usted puede decir cómo se sintió.
- Deberá responderlo al final del día.
- Y deberá considerar todos los números.
- Enseguida hay dos espacios, donde escribirá si tuvo pensamientos dañinos que decaen su estado de ánimo. También hay dos espacios para que escriba que pensamientos le ayudaron a sentirse mejor. De ser necesario puede escribir en la parte de atrás.

Fecha	Mejor estado de ánimo				Estado de ánimo regular				Peor estado de ánimo
	9	8	7	6	5	4	3	2	1
	9	8	7	6	5	4	3	2	1
	9	8	7	6	5	4	3	2	1
	9	8	7	6	5	4	3	2	1
	9	8	7	6	5	4	3	2	1
	9	8	7	6	5	4	3	2	1
	9	8	7	6	5	4	3	2	1

Pensamientos dañinos más recurrentes:

Pensamientos saludables:

ANEXO 5: ACTIVIDADES

Nombre: _____

Fecha: _____

Nuestros pensamientos: ¿Cómo afectan mi sentir?

1. Imagine que está lloviendo, ¿Cómo se sentiría usted?

2. Describa como se siente cuando su estado de ánimo decae? (que hace y que piensa?)

3. Imagine y describa una actividad que para usted sea placentera.

4. ¿Cómo se siente después de pensar en una actividad agradable?

5. ¿Cuál es la diferencia entre su pensamiento negativo (cuando su estado de ánimo decae) y su pensamiento cuando realiza una actividad agradable?

ANEXO 5: ACTIVIDADES

Nombre: _____ Fecha: _____

Identifica de pensamientos

Instrucciones:

1. Identifica y escribe en la columnas algunos de tus pensamientos

	Pensamientos Dañosos (Pensamientos que le hacen sentirse mal, que lo mantienen deprimido, que lo agotan).	Pensamientos Saludables (Pensamientos que le ayudan a sentirse mejor o mantener un estado de ánimo saludable).
1.		1.
2.		2.
3.		3.
4.		4.
5.		5.
6.		6.

Nombre: _____

Fecha: _____

Jerarquía de Pensamientos más Frecuentes

Instrucciones:

1. Elija de su lista de Pensamiento-Estado ánimo 6 pensamientos y anótelos en la columna de pensamientos
2. En el espacio en blanco de lado izquierdo escriba del 1 al 6 el número que le asigna a ese pensamiento.
3. En la columna que dice categoría, usted identificará a que categoría y subcategoría pertenece.

No.	Pensamientos	Categoría

ANEXO 5: ACTIVIDADES

Modificando Pensamientos usando "Sí _____; pero"

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones:

1. Redacte una nueva lista de pensamientos dañinos que tuvo durante la semana
2. Posteriormente identifique a que subcategoría pertenece.
3. Esos mismos pensamientos trate de cambiarlos por unos más saludables o que le ayuden a su estado de ánimo utilizando (sí, pero)

Pensamientos Dañinos	Subcategoría	Modificando el Pensamiento
1.		Sí pero
2.		Sí pero
3.		Sí pero
4.		Sí pero
5.		Sí pero

Balanceando ó Modificando Pensamientos

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones:

1. Redacte una nueva lista de pensamientos dañinos que tuvo durante la semana
2. Posteriormente identifique a que subcategoría pertenece.
3. Esos mismos pensamientos trate de cambiarlos por unos más saludables o que le ayuden a su estado de ánimo

ANEXO 5: ACTIVIDADES

Pensamientos Dañinos	Subcategoría	Modificando el Pensamiento
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

ANEXO 5: ACTIVIDADES

Nombre: _____ Fecha: _____

Entendiendo mi condición Médica

Padecimiento Médico	
Agudo o crónico	
¿Que se sobre mi padecimiento?	
¿Cómo actúo o que hago para cuidar mi situación?	
Consecuencias Emocionales	
Pensamientos que tengo acerca de mi padecimiento	
¿Qué hago con mis pensamientos?	
¿Tengo apoyo? ¿Con quién cuento? (Pareja, Hijos, Familia o Amigos)	

ANEXO 5: ACTIVIDADES

De eslabón en eslabón

1. Exponga un hecho tangible. Algo que sea real, sin que involucre juicio. Por ejemplo, tengo diabetes, tengo un problema serio en el corazón, no puedo correr tan rápido como solía hacerlo. Escriba este factor en un nivel de estado de ánimo de 5.
2. Piense acerca de su condición médica que podría hacerle sentir desanimado. Por ejemplo, cosas que usted cree podrían desanimarle, pueden bajar su estado de ánimo al nivel 4, luego al 3, luego al 2 y el 1.
3. Ahora piense en cosas que podrían hacerle sentir mejor. Procure tener pensamientos que podrían mejorar su estado de ánimo.

9	
8	
7	
6	
5 (un hecho)	
4	
3	
2	
1	

ANEXO 5: ACTIVIDADES

Depresión, Padecimiento y Necesidades

A veces por nuestra condición o padecimiento tenemos algunas necesidades, que por alguna razón se ven obstaculizadas.

Instrucciones: En estas columnas anotas las necesidades que requieren prioridad de atención, el obstáculo con el que te puedes encontrar y algunas alternativas que puedan ayudar a cumplir esa necesidad.

Nombre: _____

Fecha: _____

Necesidades	Obstáculos	Alternativas	Opción tomada
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

ANEXO 5: ACTIVIDADES

Duermes mucho o duermes poco: Identificando

Instrucciones: Describe que haces y que piensas antes de irte a dormir.

Nombre: _____

Fecha: _____

Rutina de actividades antes de dormir	1.	
	2.	
	3.	
	4.	
	5.	
Pensamientos antes de dormir	1.	
	2.	
	3.	
	4.	
	5.	

ANEXO 6: LECTURAS

EL TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE DEPRESIÓN
CUADERNO PARA PARTICIPANTES: PENSAMIENTOS: SESIÓN 1

¿QUE SON PENSAMIENTOS?

- Pensamientos son cosas que nos decimos a nosotros mismos (como si fuera una conversación en nuestra mente).
- Podemos tener varios pensamientos en cualquier momento
- Algunos de los cuales estamos conscientes y algunos de los cuales probablemente no estamos conscientes
- Nuestros pensamientos pueden ayudarnos o dañarnos.
- Nuestros pensamientos pueden afectar nuestro cuerpo.
- Nuestros pensamientos pueden afectar lo que hacemos (la manera en que nos comportamos o como reaccionamos a situaciones).
- Nuestros pensamientos pueden afectar nuestro estado de ánimo.
- Podemos aprender a cambiar nuestros pensamientos (decidiendo en que vamos a enfocarnos).
- Podemos usar nuestros pensamientos para sentirnos mejor.
- Solo nosotros decidimos como vamos a pensar. Nadie puede forzarnos a pensar de forma dañina.
- Las demás personas no saben lo que estamos pensando, así que si queremos ayuda, apoyo o la opinión de otras personas, necesitamos compartir nuestros pensamientos con ellos.

ANEXO 6: LECTURAS

EL TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE DEPRESIÓN
CUADERNO PARA PARTICIPANTES: PENSAMIENTOS: SESIÓN 1

EJEMPLOS DE PENSAMIENTOS DAÑINOS

(Marque los que Ud. suele tener)

- 1. Nunca voy a poder resolver mis problemas de salud.
- 2. Estoy confundido.
- 3. No hay amor en la vida.
- 4. Estoy echando a perder mi vida.
- 5. Soy un cobarde.
- 6. Nadie me quiere.
- 7. Terminaré viviendo solo(a).
- 8. La gente ya no considera importante la amistad.
- 9. No tengo nada de paciencia.
- 10. Qué caso tiene seguir con esto.
- 11. Soy un(a) estúpido(a).
- 12. No soy más que un estorbo.
- 13. Cualquiera que piense que soy una buena persona no me conoce verdaderamente.
- 14. La vida no tiene sentido.
- 15. Soy feo(a).
- 16. No puedo expresar mis sentimientos.
- 17. No encontraré lo que realmente quiero.
- 18. No soy capaz de querer.
- 19. No valgo para nada.
- 20. Todo es mi culpa.
- 21. ¿Por qué me pasan tantas cosas malas a mí?
- 22. Ya no me entusiasma nada.
- 23. Soy un inútil.
- 24. Traer niños al mundo es cruel porque la vida no vale nada.
- 25. Nunca saldré de esta depresión.
- 26. Todo se me desbarata.
- 27. No tengo suficiente fuerza de voluntad.
- 28. ¿Para qué levantarme?
- 29. Quisiera estar muerto(a).
- 30. Me pregunto si ellos están hablando mal de mí.
- 31. Las cosas se van a poner peor y peor.
- 32. Tengo un mal carácter.
- 33. Aunque hago lo mejor que puedo, los demás nunca están satisfechos.
- 34. La vida es injusta.
- 35. Nunca ganaré suficiente dinero.
- 36. No me atrevo a imaginarme lo que será de mi vida dentro de 10 años.
- 37. Algo anda mal conmigo.
- 38. Soy muy egoísta.
- 39. No puedo acordarme de nada.
- 40. Me siento herido(a) fácilmente.

ANEXO 6: LECTURAS

EL TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE DEPRESIÓN
CUADERNO PARA PARTICIPANTES: PENSAMIENTOS: SESIÓN 1

EJEMPLO DE PENSAMIENTOS SALUDABLES (QUE LO AYUDAN)

(Marque los que Ud. suele tener)

- 1. Me gustaría hacer tal cosa hoy.
- 2. La vida me ha dado muchas cosas buenas.
- 3. El clima está agradable.
- 4. Lo puedo hacer mejor.
- 5. A pesar de que las cosas están mal ahora, estas se pondrán mejor.
- 6. Aprenderé a ser feliz conforme pase la vida.
- 7. Tomé la mejor solución para un problema difícil.
- 8. La vida es interesante.
- 9. Merezco darme crédito por tratar de hacer las cosas bien.
- 10. Esto fue una cosa muy buena que hice.
- 11. Realmente me siento muy bien.
- 12. Esto es divertido.
- 13. Soy una buena persona.
- 14. Puedo hacer casi cualquier cosa si decido hacerla.
- 15. Tengo mucha esperanza en el futuro.
- 16. Tengo muy buen auto-control.
- 17. Esto es interesante.
- 18. Realmente manejé bien esta situación.
- 19. Las personas son amables una vez se les conoce.
- 20. Me gusta leer.
- 21. Las personas se llevan bien conmigo.
- 22. Si puedo esperar hasta tal fecha, las cosas mejorarán.
- 23. Da gusto disfrutar de una noche tranquila.
- 24. He trabajado mucho, ahora necesito descansar.
- 25. Soy atento/considerado(a) con otras personas.
- 26. Tengo suficiente tiempo para lograr las cosas que quiero hacer.
- 27. En el futuro pensaré en hoy día y sonreiré.
- 28. La gente me gusta.
- 29. Siempre encuentro la fortaleza para solucionar cualquier problema difícil.
- 30. Soy un buen padre/amigo/compañero etc.
- 31. Soy una persona sensible.
- 32. Soy honesto(a).
- 33. Podría manejar una crisis tan bien como otras personas.
- 34. Tengo mucha suerte.
- 35. Soy responsable.
- 36. Mis experiencias me han preparado bien para el futuro.
- 37. Soy inteligente.
- 38. Soy atractivo(a) físicamente.
- 39. No quiero perderme tal evento.
- 40. Hago lo mejor que puedo.

ANEXO 6: LECTURAS

Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). Aproximaciones a la Psicoterapia. Una Introducción a los Tratamientos Psicológicos; Barcelona: Paidós, pp. 6-7.

Lista de errores cognitivos

1. **Pensamiento absolutista de tipo todo o nada.** Se manifiesta en la tendencia a ver todas las expectativas según dos posibilidades opuestas, tomando una de ellas. Por ejemplo, o bien esta impecable o está sucio, o soy perfecto o soy un desastre.
2. **Sobregeneralización.** Proceso de establecer una regla o conclusión general a partir de detalles que no la justifican, por tratarse de hechos aislados que no se pueden aplicar a otras situaciones. Por ejemplo, a partir de que un amigo me dice que no puede salir un día creo que rechaza mi amistad. En casos extremos llega a la etiquetación: <<son indeseable>>, <<soy un perdedor>>.
3. **Filtro mental.** Se trata del proceso de filtrar la experiencia de modo que se atiende solo a un detalle de la situación sin darse cuenta de otras cosas que suceden alrededor. Por ejemplo, del trabajo que he hecho me fijo solo en un pequeño error cometido en lugar de valorarlo más globalmente, en todos sus aspectos.
4. **Descalificación de lo positivo.** Se rechazan las experiencias positivas, insistiendo en que <<no cuentan>> por algún motivo u otro. De esta forma se pueden mantener creencias negativas a pesar de las experiencias positivas.
5. **Sacar conclusiones precipitadas.** Se trata de llegar a conclusiones precipitadas sin disponer de datos suficientes que las apoyen. Presenta 2 variantes:

Lectura de pensamiento. Se presume la capacidad de saber lo que otro esta pensando sin molestarse en comprobarlo o preguntarlo. Por ejemplo, se cree que un amigo está decepcionado por algo sin haberlo hablado con él.

Rueda de la fortuna. Se considera que algo va a salir mal antes de que haya indicios para pensarlo. Este pensamiento puede basarse en supersticiones negativas, destino, ley de Murphy, etc.

ANEXO 6: LECTURAS

6. **Engrandecer o minimizar.** Exagerar la importancia de unos acontecimientos en detrimento de otros. Por ejemplo, engrandecer la importancia del éxito de un compañero y minusvalorar el propio. A veces toma la forma de pensamiento catastrófico; <<esto es un desastre>>.
7. **Deberes e imperativos.** Se trata de auto imposiciones que nos hacemos. Generalmente no son realistas; nos exigimos mas de lo que podemos dar: <<debería aprobar 8 asignaturas>>, <<debo ser amable con todos>>. Cuando los “deberes” con se cumplen aparecen sentimientos de culpa y fracaso.
8. **Personalización.** Tendencia a atribuirse uno mismo la responsabilidad de errores o hechos externos aunque no haya base para ello.

ANEXO 6: LECTURAS

¿Qué causa niveles altos?

- ★ Obesidad y sobrepeso (dieta baja en proteínas y fibra).
- ★ Consumo excesivo de calorías (azúcar y alcohol).
- ★ Edad: los niveles aumentan regularmente con la edad.
- ★ Medicamentos.
- ★ Enfermedades: La diabetes, el hipotiroidismo, las enfermedades renales y hepáticas están asociadas con niveles altos de triglicéridos.
- ★ Herencia.

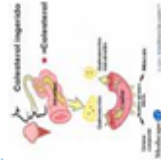
¿Cómo se evalúa?



Con un análisis de sangre (TG; Triacilglicerol), al cual se debe acudir con 12 hrs mínimo de ayuno.

Colesterol

Los triglicéridos se combinan con una proteína en la sangre para formar lo que se llama lipoproteínas de alta y baja densidad. Y estas partículas son las que contienen colesterol. También se produce por la ingesta de comida y por el hígado.



El colesterol es un constituyente importantísimo del cuerpo humano.



Cuando el médico nos dice que tenemos una dislipemia significa que hay un aumento de colesterol en la sangre (hipercolesterolemia) y/o triglicéridos (hipertrigliceridemia).

- Existe una relación entre el aumento de los niveles de colesterol y el desarrollo de enfermedades cardiovasculares.



Causas: la diabetes, la obesidad, los fármacos, el hipotiroidismo, la enfermedad hepática, el síndrome nefrótico, la insuficiencia renal crónica, entre otros.



Hospital Juárez de México
Servicio de Consulta Externa
Nefrología

Taller para el manejo de la
depresión en pacientes renales
UNAM



Realizado por:
Mayra A. Mora Miranda
Carolina Robles Mata

ANEXO 6: LECTURAS

El sueño

El término sueño proviene etimológicamente del latín SOMNUS, y se define como <<El acto de dormir>>.



Insomnio: Dormir muy poco

Caracterizado por:

1. Problemas para conciliar el sueño
2. Despertarse durante la noche
3. Despertarse demasiado temprano por la mañana



Hipersomnía: Dormir demasiado

Se caracteriza por:

1. Una intensa somnolencia durante el día
2. Se puede dormir entre 8 y 12 horas cada noche
3. Se tiene dificultades para despertar



Posibles causas de los problemas para dormir:

Los Factores Médicos:

- Dolores/malestares
- Problemas con la respiración nerviosas,
- Tics/contracciones temblores

Ciertas sustancias:

- Cafeína
- Nicotina
- Uso prolongado de medicamentos para conciliar el sueño.

Los factores Psicológicos:

- Depresión,
- Ansiedad (preocuparse mucho)
- Enojo

Factores Ambientales, tales como:

- Ruidos/sonidos estridentes

Factores de Conducta:

- Tomar muchos líquidos antes de acostarse
- Leer libros/revistas emocionantes
- Mirar programas o películas de terror/miedo

Factores Cognitivos (que tienen que ver con sus pensamientos):

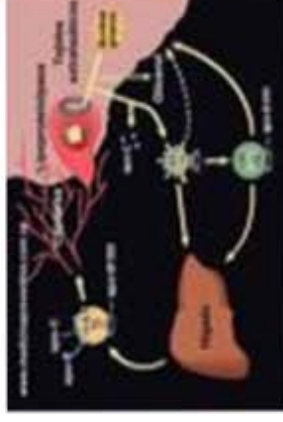


- Tener creencias falsas acerca de cuantas horas uno necesita dormir
- Preocuparse que no se está durmiendo lo suficiente, insomnio.

Triglicéridos

¿Qué son? Y ¿Cómo se obtienen?

Son un tipo de grasa que se almacena en el cuerpo y que se obtiene de los alimentos. Después de comer el organismo digiere las grasas de los alimentos y libera triglicéridos a la sangre. En algunas condiciones el hígado también los produce o los cambia a colesterol.



¿Cuáles es el nivel normal?

- Normal: menos de 150 mg/dL
- Bajo: 150 a 199 mg/dL
- Alto: 200 a 499 mg/dL
- Muy alto: 500 mg/dL o superior

Varían con la edad. Para quienes sufren problemas cardíacos, los niveles deben ser inferiores a los 100 mg/dl). A los niveles altos se les conoce como hiperlipemias.

ANEXO 6: LECTURAS

DIEZ REGLAS PARA DORMIR MEJOR

Para desarrollar un ritmo de dormir constante y para regular su reloj biológico, siga estas TRES PRIMERAS REGLAS. Con tiempo, esto le ayudará a lograr conciliar el sueño a la misma hora.

1. No se acueste hasta que está soñoliento(a).
2. Cada mañana, despiértese a aproximadamente a la misma hora, incluyendo los fines de semana. Si realmente quiere despertarse más tarde los fines de semana, permítase despertar un máximo de una hora más tarde que lo regular.
3. No tome siestas.

Seguir las próximas siete reglas le ayudará a evitar costumbres que interfieren con el sueño y le ayudará a acostumbrarse a hacer cosas que mejoran su sueño.

4. No tome alcohol durante las últimas dos horas antes de acostarse.
5. Después de las 4 de la tarde o al menos 6 horas antes de acostarse, no tome ni coma:
 - Nada que contenga cafeína.
 - Ciertas comidas (por ejemplo chocolate), ciertas bebidas (por ejemplo té, café, y bebidas gaseosas), medicamentos vendidos sin receta para resfríos, dolor de cabeza, y dolor del cuerpo).
6. No fume por varias horas antes de acostarse.
7. Haga ejercicio físico regularmente. Es mejor hacer ejercicio por la tarde. Trate de evitar de hacer ejercicio agotador después de las 6 de la tarde.
8. Piense como asegurar que el ambiente donde Ud. duerme sea lo más cómodo posible para permitirle dormir.
 - Use tapones para los oídos
 - Pídale a los demás no hacerle mucho ruido
 - Asegúrese que la temperatura del ambiente sea cómoda
 - Cierre bien las cortinas para evitar que entre mucha claridad
 - Escuche música suave si eso le ayuda
9. Si normalmente lo hace, coma un poco, por ejemplo galletas, leche, o queso. No coma chocolate o cosas que contienen mucha azúcar. Evite tomar muchos líquidos. Si se despierta durante la noche, no coma porque puede ser que así se acostumbre a despertarse regularmente a esta hora porque tiene hambre.
10. Recuerde tomar sus medicamentos. Si cree que estos le afectan, consulte con su doctor.

Mensaje Principal

*Puedo hacer cambios en mis costumbres relacionadas a la forma como duermo.
Una buena rutina puede ayudarme a dormir mejor y mejorar mi estado de ánimo.*