



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROPUESTA DE UN TALLER DE AUTOAYUDA Y MANEJO
DE LA DEPRESIÓN DIRIGIDO A PACIENTES CON
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

RUBÍ GARCÍA HERNÁNDEZ

DIRECTORA DE LA TESINA:

LIC. MARÍA EUGENIA GUTIÉRREZ ORDÓÑEZ



Ciudad Universitaria, D.F.

Febrero, 2011.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

Este camino no ha sido sencillo, pero con certeza afirmo, que hubiera sido imposible sin ustedes... Gracias.

Tú me has traído a este mundo y me has dado la fuerza de continuar, Gracias Dios por permitirme ser un instrumento tuyo, porque nadie más que tú sabe mis sentimientos y pensamientos más profundos y porque llenas mi espíritu de Ti para caminar y lograr mis metas, porque cada día entiendo más el sentido de mi existencia y las razones de mi vida que es tuya, por bendecirme tanto... Gracias.

Gracias a mis padres Gonzalo García Castro e Inés Hernández Silva, éste como cada uno de mis logros, es suyo también, por su amor incondicional, por los valores y principios que me han enseñado desde pequeña, porque han estado ahí conmigo y para mí... Siempre, porque con sus vidas he aprendido el valor de la Humildad y del Respeto, Gracias porque soy resultado de sus cuidados y de cada minuto de su tiempo, esto es de ustedes, son mi mayor inspiración y los admiro profundamente. Con su vida, he aprendido que las mejores cosas de la mía, son tenerlos a ustedes, cada momento de mi existir agradezco el amor que me tienen, ese amor que me alienta para continuar, porque sé que confían en mí y porque me aceptan tal cual soy, no pasa un segundo en que no crea que ustedes son el verdadero milagro, GRACIAS. Los amo, Gracias por dejarme volar y permitirme sentirme libre, por amarme como soy y porque en sus ojos nunca me veo "diferente", Gracias.

A mis hermanos Paúl, Esther y Fanny, por hacer de mi vida una aventura maravillosa, por su apoyo, amor y confianza, por enseñarme a creer y a vivir profundamente... han sido mis mejores cómplices, no cambiaría por nada cada recuerdo y cada momento que he vivido con ustedes, son mi mejor historia, donde puedo ser como soy y a donde quiero volver siempre... Gracias por alegrar mi mundo con mis pequeños: Carlitos, Gonzalito, Emiliano y Fer, porque en sus sonrisas encuentro el aliento y la alegría de soñar y de tener Fe, por el amor más inocente y hermoso que he encontrado, Gracias y agradezco a mis cuñados Alejandra y Carlos, por formar parte de nuestra familia y complementar la felicidad de caminar juntos, Gracias.

A mis abuelos, por darme los mejor padres, y por acompañarme hasta la fecha desde el cielo, con la esencia tan hermosa de su existencia en mi vida... Gracias.

A la Universidad Americana de Acapulco, por ser mi casa de estudios y mi punto de partida, a mi directora, la Mtra. Adriana Gomez y a todos los profesores que con sus conocimientos, paciencia y dedicación por enseñar, me formaron durante cuatro años y medio, para lograr en mí, una perspectiva y pasión por la Psicología que me condujeron a realizar este trabajo recepcional,

porque me hicieron crecer no sólo a nivel académico sino a nivel personal... Gracias.

A mis amigos... en cada paso de mi vida la amistad ha tenido un espacio importante y lo aprendí con ustedes, por los sueños y el impulso de realizarlos... Gracias Bea, Itzy, Fran, Clau, Sinué y Beto. Por llegar en el momento justo, por el cariño y el crecimiento juntos, por los momentos de alegría y tristeza, por haberse convertido en una familia en mis momentos de soledad... Gracias Giany, Mey, Chio, Denise, María, Liz, Caro, Samara, Alvaro, Poncho, Godoy y Petos, muchas gracias porque ustedes estuvieron conmigo hasta el final y porque aún continúan a mi lado, gracias por aceptarme y quererme como soy, por el apoyo incondicional que me han dado, por ser el faro que no dejó de alumbrarme... por ser la mano que me mantuvo de pie tantas veces y el hombro sobre el que me apoyé, por los buenos y los malos tiempos compartidos... Gracias.

Gracias a mi mejor amiga: Sol, gracias por ser mi hermana, por cada aventura, por ser parte de mis sueños, de mi familia y de mi pasión, por abrirme el corazón sin reservas y por cada sonrisa que ha llenado mi vida de un sentido diferente... Gracias.

Gracias a mi mami postiza doña Angelita, por confiar en mí, por el cariño que recibo en cada abrazo, por compartirme momentos tan maravillosos, por su sabiduría y por no dejarme caer nunca, por hacerme sentir siempre como una de sus hijas... Gracias, por las hermanas postizas tan lindas que me ha compartido, Alma, Wendo, Alo, Schoenstatt e Ine, Gracias porque el haberlas conocido ha sido uno de los regalos más bonitos de la vida, iluminan con su luz mi sonrisa y la llenan de sentido, no cambiaría por nada los momentos a su lado, por tener esa alegría de espíritu que me contagian, por confiar en mí y dejarme caminar a su lado, Gracias.

Gracias a mi grupo "Manos Amigas": Sol, Carmen, José Luis, Jorge, Richar, Wendo, Edgar y mi princesa Palomita, porque me han hecho recordar que la vida es más hermosa cuando eres capaz de dar, por confiar en mí, por ser parte de mis sueños, por el apoyo incondicional y por darle un sentido a mi vida que no creí posible, Muchas Gracias por nuestra existencia compartida.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por el apoyo recibido durante la carrera, por la oportunidad de hacer posible una de mis metas y por creer en mí, a la División de Educación Continua, especialmente al Lic. Juan Manuel Galvez, por el apoyo que me brindó durante la construcción de este trabajo y por el trato tan afectuoso con que siempre atendió cada una de mis necesidades para culminar esta propuesta... Gracias.

A la Lic. María Eugenia Gutiérrez Ordoñez, por la maravillosa dirección y asesoramiento invaluable en la realización de este trabajo, por la paciencia y la objetividad con que me permitió realizarlo, por sus sabios consejos y por la libertad que me brindó de expresar mis ideas, Gracias porque a pesar de la distancia aceptó asesorarme y se adaptó a mis necesidades, gracias por la familiaridad en su trato, por la excelente persona que me permitió conocer y el cariño que me hizo sentir con su trato, por cada minuto de su tiempo invertido en esta propuesta, porque este trabajo no hubiera sido posible sin usted, muchas Gracias.

Gracias a mi Teacher Salvador Becerra que más que mi profesor de inglés, desde un inicio fue y sigue siendo mi amigo, y que gracias a su apoyo y cariño, no desistí de luchar por mi sueños, es para mí un ejemplo de valentía y de ganas de vivir con calidad, Gracias porque ahora sé que sin ángeles como usted, la vida no tendría sentido, Gracias.

Gracias a todos mis profesores, que desde la primaria, secundaria y preparatoria, depositaron en mí sus conocimientos y sus enseñanzas, porque también soy resultado de su valiosa formación y de su invaluable guía, Gracias.

Gracias a mi Bayles, porque es uno de los regalitos más hermosos que Dios me ha dado, porque has alegrado mis días y por ser mi compañerita irremplazable, te amo gordita.

Gracias a Ti, que llegaste en un momento especial en mi vida, porque en tus ojos encontré la chispa de pasión que me hizo sentir...

Gracias a cada persona que he conocido a mí paso, porque de todas he aprendido algo...

“Por cada suspiro nuestro, alguien toma su último aliento... y eso me hace pensar y me gusta creer, que entonces tenemos la oportunidad de reinventarnos y reaprender” Carpe Diem.

Con cariño, Rubí.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPITULO UNO.

1. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
 - 1.1. CONCEPTO DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
 - 1.2. EPIDEMIOLOGÍA DE LOS ENFERMOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
 - 1.3. ETIOLOGÍA DEL ENFERMO CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
 - 1.4. CARACTERÍSTICAS DEL ENFERMO CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
 - 1.4.1. MANIFESTACIONES Y CONSECUENCIAS
 - 1.4.2. CONSECUENCIAS FÍSICAS
 - 1.5. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ENFERMO CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
 - 1.5.1.1. DIAGNÓSTICO DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
 - 1.5.1.2. TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
 - 1.5.1.2.1. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO
 - 1.5.1.2.2. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO
 - 1.5.1.2.3. TRATAMIENTOS SUSTITUTIVOS
 - 1.6. PRONÓSTICO DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
 - 1.6.1. AREA PROBLEMÁTICA FAMILIAR
 - 1.6.2. AREA PROBLEMÁTICA LABORAL
 - 1.6.3. AREA PROBLEMÁTICA SOCIAL
 - 1.6.4. AREA PROBLEMÁTICA PSICOLÓGICA
 - 1.7. PREVENCIÓN DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

CAPITULO DOS

2. DEPRESIÓN
 - 2.1. CONCEPTO DE DEPRESIÓN
 - 2.2. ETIOLOGÍA DEL ENFERMO CON DEPRESIÓN
 - 2.3. TEORÍAS QUE HAN ESTUDIADO LA DEPRESIÓN

- 2.4.EPIDEMIOLOGÍA DE LOS ENFERMOS CON DEPRESIÓN
- 2.5.DIAGNÓSTICO DEL ENFERMO CON DEPRESIÓN
- 2.6.CARACTERÍSTICAS DEL ENFERMO CON DEPRESIÓN

CAPITULO TRES

- 3. DEPRESION EN EL ENFERMO CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA Y EL GRUPO DE AUTOAYUDA
 - 3.1.PRESENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ENFERMO CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
 - 3.2.IMPACTO DE LA DEPRESIÓN EN EL CURSO DE LA ENFERMEDAD RENAL
 - 3.3.EXPERIENCIA DE TRATAMIENTO PSICOTERAPEÚTICO DE LA DEPRESIÓN EN EL ENFERMO CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA Y POSIBLES BENEFICIOS EN SU CALIDAD DE VIDA
 - 3.4.GRUPO DE AUTOAYUDA
 - 3.4.1. GENERALIDADES DEL GRUPO DE AUTOAYUDA

PROPUESTA PROFESIONAL DE INTERVENCIÓN

- 4. PROPUESTA DE UN TALLER DE AUTOAYUDA Y MANEJO DE LA DEPRESIÓN DIRIGIDO A PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
 - 4.1.CARTA DESCRIPTIVA

CONCLUSIONES

ALCANCES Y LIMITACIONES

REFERENCIAS

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

La depresión es una de las alteraciones emocionales más comunes en los seres humanos, la cual puede deberse a distintas situaciones de la vida, la depresión también puede ser secundaria a una enfermedad, como en este caso, secundaria a la Insuficiencia Renal Crónica, sobre todo si ésta, además de implicar la pérdida de la salud, genera una reestructuración a distintos niveles de la vida; es decir el hecho de que se generen cambios significativos en el estilo de vida de quien la padece y de sus redes de apoyo, al someter al enfermo a una realidad distinta de la que ha vivido hasta el momento, lo que generalmente provoca sentimientos de frustración, desesperanza, soledad, tristeza profunda, entre otros. Estos, si no son canalizados y atendidos por profesionales de la salud mental, pueden presentar depresión, la cual tiene un impacto profundo y determinante en el curso de la enfermedad renal.

Por otra parte la Insuficiencia Renal Crónica, trae consigo, una serie de modificaciones en las esferas laborales, familiares, sociales y personales, las que aunadas a la depresión suelen complicar más el cuadro del paciente. Ahora bien, la adherencia terapéutica tiende a ser un componente fundamental en la calidad de vida del enfermo, y ésta se ve afectada cuando la depresión se hace presente, puesto que hay mayor probabilidad de que los enfermos con depresión reduzcan notablemente las conductas de apego y continuidad con el tratamiento, lo que hace primordial, poner atención al estado de ánimo del individuo que padece insuficiencia renal crónica, ya que es muy posible que de ahí se obtengan resultados favorables o no, en el curso de la enfermedad renal.

Mundialmente, la prevalencia actual de la enfermedad renal crónica va en aumento, así lo reportó la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007) asegurando que “según estimaciones recientes comunicadas a la OMS por 98 países, el órgano con más demanda es el riñón. En 2005 se trasplantaron 66,000 lo que representa sólo el 10% de la demanda estimada”, lo que proporciona una visión aproximada acerca de la población mundial que padece Insuficiencia Renal.

En un estudio coordinado por Amato M. Dante (2001), referente a la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Michoacán, por cada millón de derechohabientes existen 1,300 enfermos con insuficiencia renal que requieren terapia sustitutiva y de ellos solo un 17 por ciento sabe que tiene el padecimiento. Los autores del estudio consideran que las cifras obtenidas se pueden aplicar a la totalidad de la población.

Como ya se ha mencionado, es una población bastante amplia tanto a nivel mundial, como nacional y específicamente institucional, por lo que es importante considerar que los programas multidisciplinarios que ofrecen a los pacientes con éste padecimiento y que pretenden mejorar su calidad de vida, estén basados en investigaciones actuales que muestren las constantes demandas que surgen de los pacientes con insuficiencia renal crónica con la finalidad de actualizar su atención y que ésta sea eficiente al tratar de cubrir las necesidades de aquellos que la reciben.

Es relevante aclarar que la descripción acerca de la presencia de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica, por la enfermedad misma, sólo proporciona datos que deberían formar parte de una investigación multidisciplinaria y de la atención que debe prestárseles a los pacientes con insuficiencia renal crónica, con la finalidad de mejorar la calidad de vida del paciente, ya que sólo por el hecho de padecer una enfermedad crónica terminal, vienen por ende una serie de cambios importantes en el estilo de vida de los enfermos que la padecen, y resulta vital para ellos saber de qué manera van a controlar su enfermedad y en qué forma va a afectar su vida tanto la propia enfermedad como el tratamiento.

La participación del Psicólogo con pacientes que presentan padecimientos crónicos degenerativos es esencial, ya que éstos padecimientos generalmente implican cambios significativos tanto físicos, sociales y emocionales en la vida del paciente y su familia, siendo necesario que se le proporcione la información psicoeducativa, apoyándolos en el proceso de adaptación a esta nueva situación a la que se enfrenta, de tal manera que la participación debe estar basada en las condiciones y necesidades de la población a la que se enfoca.

Por todo lo anterior, se considera necesario proponer un taller de autoayuda dirigido a los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, que les permita desarrollar estrategias que puedan aplicar en su vida diaria y con ello mejorar su calidad de vida, en base a los cambios que les esperan.

El objetivo de la presente tesina es que el paciente con insuficiencia renal aprenda estrategias para mejorar su estado emocional y su calidad de vida, como parte del proceso de aceptación de la enfermedad.

En el primer capítulo se abordará el concepto de insuficiencia renal crónica, las cifras epidemiológicas actuales del padecimiento, así como las principales causas y características que lo acompañan, se describen también el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la enfermedad, en cuanto a este último se ponen de manifiesto las áreas problemáticas del enfermo y por último se hace mención de la dinámica de prevención necesaria en el padecimiento crónico, a través de esta línea temática se sitúa al enfermo con insuficiencia renal, como un ser humano en proceso de cambio con gran necesidad de aceptación y adaptación a la nueva situación de vida.

En el segundo capítulo se describe el concepto de depresión como trastorno emocional, sus causas y las cifras epidemiológicas que actualmente se manejan de ésta a nivel mundial y nacional, se incluyen dentro de este apartado el diagnóstico y el impacto que tiene la depresión en las esferas sociales, laborales y familiares de quien la padece, de la misma manera se analiza la depresión como secundaria a la situación de enfermedad, ya que éste fenómeno es el que generalmente ocurre en los enfermos crónicos, es así como a través de este repertorio teórico se delimitan los aspectos primordiales que conlleva la depresión y proporciona una idea clara del contexto y las condiciones que una alteración emocional como ésta genera en quien la padece.

En el tercer capítulo se expone la presencia de depresión en los enfermos con insuficiencia renal crónica, así como el impacto que ésta tiene en el curso de la enfermedad renal. Esta correlación, permite comprender el efecto emocional que se genera a partir de una situación de enfermedad y los resultados directos en el curso de la misma, también se revisan las

experiencias de tratamiento psicoterapéutico ya utilizadas para el manejo de depresión en enfermos crónicos y cuales han resultado más beneficiosas para la resolución de este conflicto, así como una breve descripción del concepto de grupo de autoayuda y sus beneficios en el proceso de aceptación de la enfermedad, a lo largo de este apartado teórico se fundamenta la estructura y contenido del taller que en este trabajo de tesina se propone y las posibles ventajas de implementarlo dentro del grupo de autoayuda.

La propuesta de esta tesina se detalla en el cuarto capítulo, dentro del cual se plantea un taller teórico-vivencial dirigido a los enfermos con insuficiencia renal crónica, orientado a la adquisición de aprendizaje y desarrollo de habilidades que les permitan a los participantes, aceptar la situación de enfermedad, disminuir la depresión secundaria a ésta situación y promover la participación activa del enfermo en cuanto a la adherencia terapéutica, para lograr la mejora en su calidad de vida.

El taller está diseñado a partir de la fusión de sesiones teóricas y dinámicas, dentro de las cuales se ofrece orientación psicoeducativa de la insuficiencia renal crónica como tal, se promueve la aceptación de la enfermedad y la importancia de la participación activa del enfermo en el curso de la enfermedad renal, así como el fortalecimiento de habilidades y herramientas en cuanto a la manera de afrontar tal situación. El enfoque cognitivo-conductual, del que se basa el taller, es del que se han obtenido mayores resultados en cuanto al manejo de la depresión, ya que las dinámicas se encaminan no sólo a las emociones, sino a la reestructuración de pensamientos, lo que genera conductas equiparadas a su estado emocional, de esta manera no sólo se promueve la aceptación de enfermedad del individuo, sino que lo motiva a mejorar su calidad de vida y por lo tanto su indiscutible adherencia terapéutica.

Por último se hace un análisis de los alcances y limitaciones que tiene esta propuesta y se incluyen algunas consideraciones necesarias respecto a la evaluación del taller que aquí se propone, así como se exponen las conclusiones a las que se llegaron respecto al trabajo teórico y a la creación y diseño de la propuesta.

CAPITULO UNO

1. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

A lo largo de este primer capítulo se hará mención de los conceptos básicos acerca de la Insuficiencia Renal Crónica, así como de las implicaciones que tienen gran impacto en la vida de quien la padece, tanto a nivel físico, social y específicamente el aspecto psicológico y emocional, sin embargo, para que sea posible la comprensión de éste y otros aspectos en la vida de un paciente con Insuficiencia Renal, es de vital importancia conocer qué es en sí éste padecimiento, para que se tenga una perspectiva más amplia del impacto emocional que provoca en aquel que la padece.

De la misma manera conocer acerca de la etiología, epidemiología, consecuencias y tratamientos para la Insuficiencia Renal, brindará un panorama de mayor claridad hacia la problemática que engloba un padecimiento como lo es éste; de igual manera conocer las áreas problemáticas del enfermo crónico en general proveerá un marco de referencia al objetivo principal de ésta propuesta.

1.1 CONCEPTO DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

La capacidad del riñón es muy amplia y la situación patológica es bien tolerada hasta que sólo quedan intactas un número mínimo de nefronas. Pero llegado a un punto límite de disminución de la filtración glomerular las consecuencias para el organismo son muy negativas. Comienza a desequilibrarse el medio interno y se ponen de manifiesto de forma progresiva un gran número de alteraciones derivadas del acúmulo de agua, sales minerales y toxinas y de disminución de la secreción de eritropoyetina y vitamina D por el riñón (Port F. Wolfer, 1993).

Muchas de las enfermedades del riñón sobre todo si no se tratan adecuadamente y se prolongan en el tiempo, pueden llevar a ésta situación de daño irreversible.

Para delimitar qué es la insuficiencia renal crónica, es necesario conocer y entender la función que tiene el riñón como órgano vital en el cuerpo humano.

Botella (2002, p.56) señala que:

El riñón mantiene el medio interno adecuado, tanto en composición como en volumen, gracias a tres grupos de funciones:

- 1.- Depuración mediante filtración glomerular y secreción tubular.
- 2.- Regulación mediante secreción y reabsorción tubular.
- 3.-Funciones hormonales y metabólicas realizadas por el propio riñón.

Es decir; el riñón es el órgano encargado de regular las sustancias de desecho que se acumulan en nuestro cuerpo a través de la orina, así como también genera equilibrio a través de la liberación de hormonas propias del riñón.

A lo anterior queda en evidencia la vitalidad de las funciones del riñón en el funcionamiento del cuerpo humano, y la importancia de éstas funciones para el mantenimiento de la salud en general.

Tal como lo indican Emil A. Tanagho y Jack W. McAninch (1999, p.619):

Un análisis basado en el desarrollo agudo o crónico de la insuficiencia renal es importante para el entendimiento de las adaptaciones funcionales, mecanismos de enfermedad y terapéutica final. Estos pacientes requieren diálisis crónica, trasplante renal o ambos, como terapéutica de sustitución renal. El uso de diálisis y trasplante se expande con rapidez en todo el mundo y hay varias causas de disfunción renal progresiva que conducen a la etapa final o insuficiencia renal terminal.

La Insuficiencia Renal tal como lo menciona Peña J. Carlos (s.f.) estuvo considerada como un padecimiento mortal, y fue hasta la década de los 60's que la descripción y aplicación de los métodos de Diálisis, así como del trasplante renal permitió sustituir la función de los riñones dañados. A

continuación, se hará mención de distintas definiciones, a fin de aclarar lo que éste concepto conlleva.

Peña, J. Carlos (s.f., p.9), expone su definición de la siguiente manera: “Insuficiencia renal es la incapacidad de los riñones para mantener el plasma libre de desechos nitrogenados y otras impurezas, así como para mantener la homeostasis del agua, los electrolitos y el equilibrio ácido base del organismo en su conjunto. Se puede acompañar de disminución (oliguria o anuria) o de un aumento (poliuria) de la excreción de agua. Y puede ser aguda o crónica.”

Por su parte Port. F Wolfer (1993) amplía éste concepto, explicando que:

La insuficiencia renal es la pérdida súbita de las capacidades del riñón para excretar los residuos, concentrar la orina y concentrar los electrolitos. Este deterioro renal conduce a una retención progresiva de sustancias tóxicas, que en la fase avanzada de la enfermedad caracteriza el cuadro clínico conocido como uremia ó síndrome urémico. (p.12)

En un artículo sobre salud pública de México, la UNAM (2002) delimita a la Insuficiencia Renal como la pérdida progresiva de la función de ambos riñones, mientras que la insuficiencia renal grave aparece cuando más de las tres cuartas partes de las nefronas se lesionan y no pueden llevar a cabo su función normal: filtrar y purificar la sangre. El riñón pierde su facultad de adaptación a las circunstancias que lo rodean, tales como la alimentación, el manejo de los líquidos, la temperatura, posibles traumatismos o infecciones y consecuencias como: alteración de las funciones metabólicas y hormonales, edema, acidosis, elevación de la presión arterial, anemia, se reduce la producción de vitamina D activa que da lugar a graves trastornos en el metabolismo del calcio y el fósforo y esto repercute sobre el esqueleto, incrementándose la urea y la creatinina en la sangre.

La insuficiencia renal crónica es entonces el daño progresivo y degenerativo, que en la definición de acuerdo al laboratorio BAXTER (2003-2007), no solo sucede en el momento en que los riñones sufren un daño irreversible, sino que avanza y deteriora poco a poco la función renal. Ante lo que la mayoría de los enfermos de insuficiencia renal crónica, tienen la enorme

necesidad de un tratamiento sustitutivo que haga gran parte de las funciones que sus riñones han dejado de realizar.

1.2 EPIDEMIOLOGÍA DE LOS ENFERMOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

La Insuficiencia Renal se ha hecho presente a nivel mundial y no respeta distinción de ningún tipo, según datos de la Organización Mundial de la Salud, (2008) “En América Latina, el número estimado de personas con diabetes en el año 2000 fue de 13,3 millones, y para el 2030 se ha proyectado en 32,9 millones de personas, o una duplicación del número de casos” por otra parte resulta alarmante la afirmación por parte de la OMS (2008) de que “la diabetes es responsable de alrededor de 90% de las amputaciones no traumáticas, y es la primera causa de insuficiencia renal terminal”.

Por otro lado en Estados Unidos, datos proporcionados por Coresh, J.; E. Selvin, L. A. Stevens, et. al. (2008) refieren que “se ha encontrado que la prevalencia de la enfermedad renal crónica abarca aproximadamente a un 13% de la población general, y que aumenta con la edad. . . . La prevalencia de una baja velocidad de filtración glomerular suele ser más baja entre mexicanos viviendo en los Estados Unidos que la población blanca” (pp.5,6).

También en México existen datos importantes acerca de la prevalencia de Insuficiencia Renal en la población general, según reportó el sistema de salud nacional en el 2000, (citado en Salud Pública de México, 2000, p.2) fue “una de las principales causas de atención hospitalaria ocupando el 4º lugar en hombres con 55033 casos y el 10º lugar en mujeres con 50924 casos en mujeres con una tasa de 115. 0 y 101.5 por 100.000 habitantes en hombres y mujeres respectivamente, del sector público del sistema nacional de salud”.

1.3 ETIOLOGÍA DEL ENFERMO CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

Aunque existen varias causas que determinan la insuficiencia renal crónica, existen dos principales y con más alto índice de prevalencia en la actualidad, tal como lo puntualiza la guía para pacientes y familiares acerca de la insuficiencia renal crónica, publicada por la NATIONAL KIDNEY FOUNDATION (2003):

Las dos causas principales de la insuficiencia renal crónica son: la diabetes y la presión alta, que son los responsables de hasta dos tercios de los casos. La diabetes se presenta cuando se tiene demasiada azúcar en la sangre, lo que daña muchos otros órganos de su cuerpo, incluyendo los riñones y el corazón, así como los vasos sanguíneos, los nervios y los ojos. La presión alta o la hipertensión ocurren cuando aumenta la presión de la sangre contra las paredes de sus vasos sanguíneos. Si la presión alta no se controla o se controla de manera deficiente puede ser la causante de paros cardíacos, apoplejías, e insuficiencia renal crónica. Por otro lado, la insuficiencia renal crónica puede causar presión alta. (p.1)

Sin embargo, es necesario mencionar la existencia de otras condiciones que pueden afectar los riñones y que también forman parte de las causas de la insuficiencia renal.

La tabla no.1 indica una lista de los trastornos que pueden causar la Insuficiencia Renal Crónica

TABLA No. 1

La insuficiencia renal crónica
Una obstrucción u oclusión prolongada del tracto urinario.
Síndrome de Alport - trastorno hereditario que causa sordera, daño progresivo en el riñón y defectos en los ojos.
Síndrome nefrótico - trastorno que posee diversas causas. El síndrome nefrótico se caracteriza por la presencia de proteína en la orina, niveles bajos de proteína en la sangre, niveles altos de colesterol y tumefacción de los tejidos.
Enfermedad poliquística del riñón - trastorno genético caracterizado por el crecimiento de numerosos quistes llenos de líquido en los riñones.
Cistinosis - trastorno hereditario en el que el aminoácido cistina (un compuesto común para producir proteínas) se acumula dentro de cuerpos celulares específicos del riñón, denominados lisosomas.

Tomada de la University of Virginia Health System (2006).

Es de gran importancia mencionar que según lo dice Gordillo G. (1996) “la incidencia, prevalencia y etiología de las nefropatías de naturaleza progresiva tienen gran variabilidad en relación con la distribución geográfica y con las condiciones socioeconómicas de los distintos países, así como también por factores de susceptibilidad a ciertas enfermedades renales” (p.374-400), de esta manera queda claro que aunque existen factores predisponentes, también existen particularidades en cuanto a distintas variables que por razones particulares a esta propuesta se revisarán de manera muy general.

Referente a éstas variables, menciona Cameron JS. (1975):

“La glomerulonefritis crónica que lleva a síndrome nefrótico es más frecuente en áreas tropicales que en el mundo desarrollado. Es posible, que ésto se deba a variaciones de la respuesta inmunológica inducidas por la desnutrición, que lleva a un defecto multifactorial del aclaramiento de los antígenos. Dado que el defecto fundamental en los individuos predispuestos

a las nefritis se relaciona con la inmunocompetencia, es posible suponer, que la inmuno-incompetencia mediada por la desnutrición e interacciones con diferentes infecciones, contribuyan a deprimir la respuesta inmune a otros patógenos” (p.218).

Sin embargo, y para fines de ésta propuesta, se retomará en base a los datos obtenidos a la diabetes mellitus como la causa principal de la insuficiencia renal crónica, ya que de ésta se derivan la mayor parte de los casos que comparten características comunes entre los pacientes que se encuentran en ésta fase crónica de daño renal.

1.4.CARACTERÍSTICAS DEL ENFERMO CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

Es importante conocer las características de enfermo con insuficiencia renal crónica, para poder comprender el fenómeno emocional que provoca en él.

El deterioro particular de un enfermo con insuficiencia renal crónica puede ser primario, es decir, por lesiones propias del riñón, o secundario definido a diversas patologías extra renales, tales como enfermedades metabólicas, vasculares o inmunológicas. Hasta hace más de dos décadas las glomérulo nefritis constituían la causa más frecuente de la insuficiencia renal crónica; desde entonces se ha venido presentando un incremento paulatino y sostenido en la diabetes mellitus y la hipertensión arterial constituyéndose actualmente ambas en las principales causas de la Insuficiencia Renal Crónica (Milton Terris, 2003).

Existen diferentes tipos de deterioro característicos que el enfermo con insuficiencia renal crónica llega a presentar, sobre todo cuando la insuficiencia renal crónica se deriva como consecuencia de padecer diabetes mellitus, los cuales según Papalia y Olds., (1994) son los siguientes:

- El deterioro físico el cual es patente e inexorable, se manifiesta la pérdida del oído lo que trae como consecuencia que el enfermo se predisponga a aislarse de la realidad y de los demás, pues se va apartando de la comunicación con otros.
- La pérdida de la vista la cual será paulatina, esta función perceptual es la que más golpea al paciente pues es el sentido que más emplea para su relación con el mundo externo, no ver desestabiliza la vida de quien siempre ha visto. Priva de distracción, recreación, información y relaciones con los demás.
- La pérdida de la sensibilidad física, la cual suele ser la más peligrosa, pues sus alarmógenos sensoriales se van deteriorando y ya no detectan los peligros, los estados de alarma se van anulando y exponen a no percibir el peligro, los pies y las manos son los primeros en perder la sensibilidad.
- El deterioro afectivo se ve afectado ya que los estados de ánimo son alterados por la saturación de azúcar, las emociones desatadas oscilan fuertemente en la personalidad en el enfermo, los verdaderos síntomas se confunden y se cree que la persona posee esta personalidad, este deterioro crea confusión no sólo en el enfermo sino también en los que le rodean.
- El deterioro mental se basa en la alteración de los órganos perceptores, distorsionando regularmente su percepción de la realidad y ello hace manejar concepciones y acciones equivocadas. Una mente con falsos estímulos, estructura mal y responde mal a la realidad. La mente del enfermo no se deteriora por pérdida de capacidad sino de la objetividad la cual altera la apreciación de lo afectivo, sentimental y material. El enfermo está en un aislamiento físico, como una percepción alterada y una objetividad perdida, lo que le conducirá a pedir cosas que no van con la realidad.

- El deterioro de la autoimagen frecuentemente se observa irreversible y rápida, el cuerpo del enfermo es presa fácil de la enfermedad; el contemplarse así hace que la autoimagen se deteriore. La persona tiende a ajustar su mente al deterioro del cuerpo, más no siempre se adecua a la velocidad de la destrucción, sentimientos, afectos y emociones son las áreas más vulnerables.

1.4.1. MANIFESTACIONES Y CONSECUENCIAS

La insuficiencia renal crónica tiene una forma particular de manifestarse, es decir, su sintomatología es clara y evidente, sin embargo cada persona puede experimentarlos de una forma diferente, y aunque para ser diagnosticada como tal se requiere de ciertos estudios médicos y especializados, los síntomas son el primer indicador de que exista tal probabilidad, por lo que es importante darlos a conocer.

Al ser un padecimiento crónico que deja a su paso grandes consecuencias en quien la padece, afecta gran parte de las funciones vitales del ser humano de forma intrínseca, y por ende de forma extrínseca, es un padecimiento que lleva en todos los casos secuelas de tipo físico, social y psicológico, por lo que es de gran valor mencionarlas.

Los síntomas son manifestaciones físicas que caracterizan a los enfermos que la padecen, por lo tanto el conocerlos facilita una visión del estado físico en el que se encuentran. El deterioro físico presentado por los enfermos con insuficiencia renal crónica, es la retención de líquido, pues trae como consecuencia el edema en el cuerpo y alteraciones en la presión arterial, por lo que debe tenerse un control adecuado del consumo de líquidos y el exceso de sodio, el cual está contenido en la sal y en los productos embasados.

La mayoría de las consecuencias físicas, son resultado del deterioro que manifiesta gran parte de los síntomas presentados por los pacientes, por lo que aquí se presenta una lista de estos, de acuerdo a la University of Virginia Health System (2006, s. p.).

SÍNTOMAS:

SÍNTOMAS FÍSICOS

- poco apetito
- vómitos
- dolor de huesos
- dolores de cabeza
- atrofia en el crecimiento
- malestar general
- ausencia de excreción de orina o diuresis (excreción aumentada de orina)
- infecciones recurrentes del tracto urinario
- incontinencia urinaria
- palidez de la piel
- mal aliento
- deficiencia auditiva
- masa abdominal detectable
- tumefacción de los tejidos
- escaso tono muscular

SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS

- irritabilidad
- estado de ánimo depresivo
- cambios en la vigilia mental
- percepción de la realidad distorsionada
- desorientación viso-espacial y temporal
- alteración de la memoria a corto y largo plazo
- falta de objetividad

- autoestima baja
- afectos y sentimientos vulnerables
- conductas agresivas o autodestructivas
- dificultad en la abstracción de ideas
- desorganización del pensamiento
- alteración de los ciclos vigilia-sueño
- ansiedad
- ideas irracionales

1.4.2. CONSECUENCIAS FÍSICAS:

En cuanto a las consecuencias físicas, Stevens (2001) indica:

- “Pérdida proteica intensa en orina, con hipoalbuminemia y edemas.
- Aumento de la presión arterial y de la urea plasmática, hematuria, edemas poco intensos.
- Oliguria/anuria, retención nitrogenada (uremia), acidosis, retención de potasio.
- Retención nitrogenada, retención de hidrogeniones (acidosis), retención de potasio, disminución de Eritropoyetina, alteración del metabolismo de la vitamina D.” (p.542)

Las consecuencias de la Insuficiencia Renal Crónica no sólo se quedan en el plano puramente físico, se extienden al plano social, laboral, psicológico y familiar, ya que es en este plano en donde el psicólogo tiene la mayor intervención, pues son factores fundamentales y determinantes en la vida de cualquier ser humano, delimitando en gran medida el estado emocional del paciente en relación a éste nuevo cambio de vida.

Sumado a dicho estilo de vida está el tipo de tratamiento sustitutivo, ya que suele ser muy agresivo y deteriorante, por lo que es probable que exista un cambio importante en la forma en la que el paciente con insuficiencia renal crónica percibe su panorama de vida, magnificando lo catastrófico de las consecuencias personales, lo que en varias ocasiones está muy por encima de lo que el paciente puede manejar por sí solo y desencadena en la mayoría de

estos enfermos sentimientos de tristeza profundos, que pueden llegar a la Depresión.

Por lo que para fines de éste trabajo, estas consecuencias se abordarán con mayor detenimiento en el apartado que menciona las áreas problemáticas que afectan a un enfermo crónico.

1.5 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ENFERMO CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

En muchos pacientes con insuficiencia renal crónica, ya son conocidas enfermedades renales previas u otras enfermedades subyacentes, aunque también existen casos muy particulares en los que se desconoce la causa, de ahí la importancia de conocer cómo es que se diagnóstica este padecimiento y las alternativas de tratamiento que existen para tratarla o controlarla.

Este último en particular, provee una idea de los cambios necesarios en el estilo de vida que el enfermo con insuficiencia renal crónica debe realizar en el momento de saberse diagnosticado como tal, y al determinarse los lineamientos que secundan al tratamiento sustitutivo al que sea ingresado para mejorar su calidad de vida.

1.5.1 DIAGNÓSTICO DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

El diagnóstico de las enfermedades físicas, regularmente suele determinarse a través de estudios médicos específicos, el de la insuficiencia renal crónica se establece a través de su historia natural, la cual permite determinar su existencia a través de los síntomas principalmente y de determinadas pruebas médicas.

También es necesario hacer una distinción entre Insuficiencia Renal Crónica e Insuficiencia Renal Aguda, ya que ésta última tiene como característica esencial que el daño renal puede ser reversible.

El primer contacto que mantienen los pacientes con patología renal, en el Hospital General Regional N° 1 “Vicente Guerrero” del Instituto Mexicano del Seguro Social, es en consulta externa de nefrología, ahí el médico especialista determina su diagnóstico a través de distintos exámenes clínicos y de la evolución periódica de sus pacientes, estableciendo su ingreso o no al área de diálisis peritoneal o hemodiálisis dependiendo del estado particular del enfermo con insuficiencia renal.

También se les informa si la insuficiencia renal que presentan es aguda o crónica.

Cuando resulta ser crónica, regularmente los pacientes ya han asistido con el médico nefrólogo en consultas previas, y muy probablemente, éste ya les ha informado de la evolución del padecimiento, ya que como se ha mencionado, la insuficiencia renal crónica frecuentemente viene resultando como consecuencia directa de enfermedades como la diabetes mellitus o la hipertensión.

Tal como lo menciona la National Kidney Foundation (2003), son necesarias, una serie de pruebas médicas para diagnosticar la insuficiencia renal crónica, las cuales se mencionan a continuación:

Medición de la presión sanguínea, tal presión está determinada por la fuerza y el volumen de sangre bombeada, así como por el tamaño y la flexibilidad de las arterias. Esta cambia continuamente dependiendo de la actividad, la temperatura, la dieta, el estado emocional, la postura, el estado físico y los medicamentos que se administren. A través de esta prueba, se obtienen los parámetros con los que viene acompañada una Insuficiencia Renal Crónica, en la cual normalmente la presión se encuentra elevada.

Una prueba simple para ver proteína en la orina. La proteína es un componente muy importante del organismo, y sus riñones normalmente vuelven a absorber cualquier proteína filtrada. Sin embargo, cuando sus riñones están dañados, la proteína se filtra a la orina. Una cantidad de proteína en exceso en la orina puede ser una señal temprana de daño en los riñones. Existen pruebas diferentes para detectar la presencia de proteína en

la orina. Proteína recurrente en la orina (dos pruebas con resultados positivos en varias semanas) indica insuficiencia renal crónica.

□ Una prueba de sangre simple para medir el nivel de creatinina, un desecho que es el resultado de la actividad muscular normal. Cuando sus riñones están dañados, la creatinina se puede acumular a niveles altos en su sangre. Los resultados de su prueba de sangre de creatinina deberían utilizarse para estimar el nivel de su función renal.

Otras pruebas que a veces se pueden hacer para detectar la insuficiencia renal crónica incluyen:

- Urinálisis, que puede detectar muchas anomalías en la orina, como por ejemplo, sangre, proteína, pus, azúcar, y bacteria.
- Microalbuminuria, que es una prueba sensitiva para detectar una cantidad pequeña de proteína en la orina.
- Creatinina urinaria, estima la concentración de su orina, y ayuda a entregar un resultado de proteína exacto.
- Proporción proteína–creatinina, que estima la cantidad de proteína que excreta en su orina en un día y evita la necesidad de recoger una muestra de orina de 24 horas.

De ésta manera el médico a cargo, evalúa, diagnostica y propone una alternativa de tratamiento para quien es diagnosticado con insuficiencia renal crónica, estableciendo el tipo de tratamiento en base a las características individuales del paciente. MA, Khan S. (2006) puntualiza que “el pronóstico de pacientes con enfermedad crónica del riñón vistos como datos epidemiológicos ha demostrado que todos causan aumentos de la mortalidad a medida que la función del riñón disminuye” (p.1).

Pese a esto, el pronóstico depende en gran medida de los cuidados del propio paciente, de las redes de apoyo familiar con las que cuente, de su adherencia al tratamiento no solo sustitutivo, sino farmacológico, dietético y sus hábitos de higiene, así como de sus estilos de afrontamiento, aceptación de la enfermedad, de sus recursos psicosociales, emocionales, y de la resiliencia que denote el enfermo con insuficiencia renal crónica, en consecuencia también de la intervención temprana y oportuna tanto del médico nefrólogo como del servicio de psicología y su inclusión al grupo de autoayuda, lo que es posible que le permita desarrollar ó fortalecer conocimientos acerca de su padecimiento, herramientas cognitivas y conductuales en cuanto a la importancia de su apego terapéutico.

1.5.2 TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Para el padecimiento de la Insuficiencia Renal Crónica existen tratamientos específicos que han sido diseñados para mejorar la calidad de vida del paciente, sin embargo éstos tienen un efecto considerable en aspectos de su vida que involucran cambios totales. Un paciente con Insuficiencia Renal necesita cubrir, a través del tratamiento, las funciones o al menos la mayoría de las funciones que el riñón ha dejado de realizar, y como ya se ha revisado anteriormente son muchas y variadas.

Tal como lo indica BAXTER (2003-2007) “La insuficiencia renal crónica es una enfermedad crónico degenerativa y hasta el momento no existe ninguna medicina que sane o recupere el tejido renal destruido, esto significa que las funciones perdidas por los riñones ya no se recuperan, por tal motivo se proporciona al paciente una serie de tratamientos que se encargan de sustituir estas funciones que son vitales para el organismo del individuo” (s. p.).

Estas funciones que el riñón ya no puede realizar son complementadas a través del uso de tratamientos farmacológicos, alimenticios, y sobre todo sustitutivos, los cuales incluyen específicamente una forma y manejo específicos, manifestando como cualquier tratamiento ventajas y desventajas propias para el paciente que lo acepta.

1.5.2.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Los medicamentos que se suministran en este tratamiento se encargan de proporcionar las sustancias que el cuerpo necesita, para hacer algunas de las funciones que realizaban los riñones como la absorción de calcio y la producción de una hormona, la eritropoyetina, que se encarga de estimular la producción de glóbulos rojos en la sangre y previene la anemia.

Es importante que se lleve un adecuado control en la ingesta de los medicamentos, en los horarios y las dosis indicadas, ya que estos recursos que antes eran proporcionados por la función renal, ahora se han agotado y no se deben suprimir, pues ayudan a mantener un equilibrio interno y compensar la disminución renal, previniendo otras alteraciones o padecimientos que de lo contrario se harían presentes en nuestro organismo.

Por lo anterior, es importante de que los pacientes sean informados de los riesgos y beneficios del tratamiento farmacológico y actúen de acuerdo a ésta información, con conducta de apego al tratamiento.

1.5.2.2 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

El tratamiento dietético juega un papel esencial en la Insuficiencia Renal Crónica, ya que se producen una serie de alteraciones metabólicas y nutricionales que favorecen el desarrollo de una malnutrición. El plan alimenticio ayuda a evitar complicaciones y riesgos para la vida. pero el seguimiento del régimen conlleva restricciones y limitaciones al paciente, que antes no tenía.

Es primordial que el paciente reciba esta información y se le informe de la vitalidad que implica el cumplir con su dieta, para que se puntualicen los aspectos positivos de llevar una alimentación saludable, pero de igual manera y del mismo nivel de importancia es que así como la información se imparta al paciente se dé a las redes de apoyo familiar.

Aquí entra en juego el papel del apoyo familiar, sobre todo porque algunos pacientes ponen resistencia a seguir la dieta y son precisamente los cuidadores los que viven las negativas y sufren continuamente.

Quien padece la insuficiencia renal crónica y se resiste a cambiar sus hábitos alimenticios, es muy probable que culpe a sus más cercanos de esa situación, tratando de manipular el régimen dietético a través del afecto, a veces puede llegar hasta la agresión.

Por eso es elemental que la concientización de la importancia dietética como complemento terapéutico sea tanto al paciente como a sus redes de apoyo, de tal manera que este cambio sea sinónimo de un proceso en el que el enfermo debe cambiar de manera obligada algo que probablemente en su estado saludable no contempló, y es posible que esta situación le genere algún estado emocional depresivo, pues la forma de alimentación es un hábito que cubre una necesidad básica en todos los seres humanos, desde que se nace y viene rodeado de un aprendizaje cultural y familiar, el cual debe ser modificado sin miramientos, con el fin de mejorar la calidad de vida del enfermo.

Respecto a este tema Poster de Solau de Cabras, (s.f.), especifica que “el aparato digestivo en condiciones normales tiene la función de seleccionar de los alimentos los nutrientes necesarios y de eliminar lo que no se aprovecha, aunado a esto los desechos productos del metabolismo celular, son los riñones los encargados de filtrar, depurar y equilibrar la sangre, en la insuficiencia renal esta capacidad está anulada y los productos nitrogenados (junto a fosfatos, sulfatos y ácidos orgánicos) se acumulan en proporción a la pérdida de masa nefrológica, por lo que el manejo nutricional y de la dieta se considera crucial en el tratamiento de la insuficiencia renal”(s. p.).

El tratamiento dietético se adecua al tipo de tratamiento sustitutivo del que el paciente con Insuficiencia Renal Crónica sea usuario, y aunque ésta adecuación de rutina alimenticia debe ser dada en forma especializada y modificada para cada paciente, por el experto en nutrición, existen esquemas a través de los cuales se puede obtener una idea de las diferencias existentes en la dieta por el tipo de tratamiento.

Sin embargo más allá de éste, la dieta debe ser modificada, es decir, el cambio en éste hábito es inevitable y el paciente aparte de ser consciente de ésta situación debe aceptarla como vital para su estado de salud y por ende de su calidad de vida. Cabe deducir entonces que hay una gran probabilidad de que sin el apoyo acertado de un profesional de la salud mental exista desapego al tratamiento dietético por parte del paciente.

1.5.2.3 TRATAMIENTOS SUSTITUTIVOS

Para restablecer al paciente con Insuficiencia Renal Crónica se han diseñado distintos tratamientos sustitutivos. Por lo que el paciente debe ser valorado a nivel fisiológico, para decidir cuál es el más adecuado.

Dependencias como el Instituto Mexicano del Seguro Social en México proveen la Diálisis Peritoneal principalmente y la Hemodiálisis. Cada tratamiento implica una serie de beneficios y desventajas que cambian la vida del paciente forzosamente.

La diálisis es el tratamiento que sustituye la función de los riñones para limpiar la sangre y eliminar el exceso de agua. Existen diferentes modalidades de diálisis peritoneal las cuales serán descritas a continuación:

- Diálisis peritoneal continua ambulatoria.- Peña J. C., (s.f.), apunta que “se realiza en casa o también se puede realizar en el lugar de trabajo del paciente, se requieren cuatro cambios en un día con un horario de: en la mañana al levantarse, al medio día, por la tarde y al acostarse. Consiste en el empleo de dos bolsas de solución de diálisis, este líquido se deja reposando en la cavidad peritoneal por periodos de 4 a 6 horas, durante la estancia de la solución el paciente puede desarrollar sus actividades normales. Finalmente el líquido es evacuado por gravedad colocando una de las bolsas al nivel de suelo” (p.5).

Referente a esto BAXTER (2003-2007) explica que la ventaja de esta modalidad es que el proceso es continuo por lo tanto todo el tiempo se está llevando a cabo la eliminación de toxinas y líquidos. Una desventaja es que

limita al paciente en muchas de sus actividades diarias y requiere del apoyo de un familiar todo el tiempo para que le realice el procedimiento.

- Diálisis peritoneal automatizada.- Peña J. C., (s.f.) señala que “el procedimiento se realiza también en casa, con el uso de una máquina cicladora que se encarga de realizar los cambios. Mientras el paciente descansa o duerme, la máquina se encarga de infundir y drenar el líquido 4 veces durante la noche, dejando la solución dializante en contacto con el peritoneo aproximadamente 2 horas” (p.5). Este tratamiento ofrece la ventaja al paciente que le permite descansar durante todo el día sin afectar sus actividades en ningún sentido. Sin embargo el desgaste físico puede, en algunos casos, resultar demasiado y repercutir en su rendimiento energético.

Estas dos modalidades implican cambios de vida al paciente, a nivel familiar, físico, laboral, social y por consiguiente emocional, los cuales se reflejan en Depresión (la cual se tratará más adelante en este trabajo) .

- Hemodiálisis.- En cuanto a este tratamiento, Peña J. C., (s.f.), indica que “el objetivo de este procedimiento es sustituir la acción limpiadora y filtradora del riñón. Extrae del cuerpo la sal, exceso de líquido y desechos tóxicos. Ayudando a mantener en la persona un control de la presión arterial y de la composición del organismo. La sangre pasa por un dializador, es decir un filtro de características especiales capaz de limpiar la sangre (...) las sesiones de hemodiálisis se realizan tres veces por semana y requieren entre dos y cuatro horas. Para la realización de la hemodiálisis se requiere seguir un régimen alimenticio. El dietista puede ayudar a plantear las comidas de acuerdo con las recomendaciones y tratamiento indicado por el médico” (p.6).

El conocer los diferentes tipos de tratamiento sustitutivo esclarece en gran medida lo que recibe el paciente con insuficiencia renal crónica y lo que debe hacer en su vida o en su manera de vivir.

Todo esto exige un reajuste organizacional a niveles tanto personales como familiares, para mantener su salud, situación que por supuesto genera un impacto psicológico en él, es decir; mientras que las terapias de reemplazo

renal pueden mantener a los pacientes indefinidamente y prolongar su vida, la calidad de vida es severamente afectada.

1.6 PRONÓSTICO DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

La calidad de vida de las personas está constituida por una serie de factores importantes que se ven afectados por el hecho de padecer una enfermedad crónica, como es el caso de la Insuficiencia Renal Crónica, sobre todo por los cambios que éste padecimiento obliga al enfermo a realizar.

La insuficiencia renal crónica es una enfermedad que afecta el estado físico, emocional, económico y social del paciente ya que al ingresar a los programas de terapia de reemplazo renal; se ven obligados a someterse a un estricto tratamiento, teniendo que modificar muchos de sus hábitos, además de esto, las múltiples canulaciones, dieta, restricción de líquidos, técnicas dolorosas, muchas veces la pérdida de esperanzas de trasplantes renales y en muchos casos el abandono familiar, afectan notablemente al paciente disminuyendo su colaboración con respecto al tratamiento, lo que conduce que algunos pacientes adquieran conductas negativas a la diálisis.

Un enfermo crónico, es aquel que se caracteriza por tener un trastorno orgánico funcional que lo obliga a una modificación del modo de vida y que es probable que persista durante largo tiempo, esto quizás le ocasione una disminución a su rendimiento normal y por ende una incapacidad parcial o residual, definida así porque deja secuelas psicofísicas y, éstas, disminuyen su calidad de vida, además de requerir continuamente atención médica e ingresar constantemente al hospital, así como de entrenamiento específico del paciente y de su familia para asegurar su cuidado y una estrecha colaboración y supervisión del equipo de cuidados, sin embargo en muchas ocasiones, las redes de apoyo familiar no son estables en el enfermo crónico o están ausentes, volviéndose totalmente necesarias ya que el enfermo crónico muestra una falta de autonomía, es decir no posee la capacidad para tomar decisiones por él mismo y no por otros. A todas estas características hay que

sumarle la dificultad de encontrar los recursos necesarios y adecuados, siendo decisivos junto con otros factores para mejorar la calidad de vida.

La insuficiencia Renal Crónica es un padecimiento que incluye el cambio necesario en el estilo de vida de quien la padece, y es precisamente este cambio el que actúa directamente en su estado emocional, generando efectos directos en sus áreas sociales, laborales y psicológicas, los cuales, es importante conocer y describir, para obtener una perspectiva más amplia de las afectaciones que viven quienes la padecen.

1.6.1 ÁREA PROBLEMÁTICA FAMILIAR

La familia es reconocida como la red de apoyo social más cercana y de más fácil acceso a los individuos. Se reconoce su función protectora y amortiguadora en las situaciones estresantes de sus miembros, un padecimiento como la Insuficiencia Renal Crónica es un factor estresante y la familia a parte de proteger a su familiar, es factor determinante en su calidad de vida, pues la evolución del tratamiento depende en gran medida del apoyo familiar que reciba.

La familia también sufre cambios cuando un integrante padece alguna enfermedad crónica, como lo es la insuficiencia renal crónica, sobre todo porque los roles cambian y la organización misma de la familia se modifica al intento de adaptarse a ésta nueva situación.

Así también se encuentra puntualizado por Rubio, Rocío, (s.f.), cuando surge la enfermedad se establece un cambio en la dinámica normal y funcionamiento de la familia. Todo esto consiste en un cambio de roles familiares y asumiendo responsabilidades por otros miembros de la familia. Se configura un proceso de adaptación de la familia que comprende:

ETAPA DE DESORGANIZACIÓN:

En esta etapa la actitud del equipo asistencial será, predominantemente de escuchar e indagar como la situación ha afectado a la familia y ofrecer información acerca de la enfermedad.

RECUPERACIÓN DE LA CRISIS:

La familia llega a un punto de recuperación, al cual debemos estar atentos, y donde se produce una mayor asimilación del aprendizaje y manejo de la enfermedad. En esta etapa es cuando la familia va asumiendo responsabilidades por otros miembros.

UN NIVEL DE REORGANIZACIÓN:

Ira en función del grado de invalidez resultante de la enfermedad y de los recursos que disponga la familia. La intervención del equipo asistencial en la fase de reorganización debe estar dirigida a:

- 1.- Lograr un equilibrio con relación a la independencia y autoafirmación de sus miembros, comprendido el enfermo.
- 2.- Desarrollar y mantener relaciones abiertas dentro de la familia.
- 3.- Alentar la participación tanto por parte del enfermo como del resto de la familia en la toma de decisiones y alternativas, dejar que se enfrente con la enfermedad para su ajuste con el fin de mejorar la calidad de vida, evitando que se deterioren las relaciones familiares.

Generalmente la familia desde el momento que comienza la entrada en Diálisis la actitud hacia ellos es de protegerlos y considerarlos como inválidos con la consiguiente carga de angustia tanto del paciente como de la propia familia. La problemática familiar se puede ver agravada si anteriormente a la enfermedad existían problemas familiares, influyendo en el tratamiento y en el enfermo. Todo esto nos dará información acerca del apoyo de familia hacia el enfermo, (p.5).

La dinámica familiar determina la salud humana, y esto puede facilitar ó complicar no solo la satisfacción de las necesidades esenciales de sus integrantes, el logro del bienestar y la salud, sino además se relaciona con el nivel de funcionalidad familiar alcanzado, así como también con los procesos intrafamiliares que están en su base.

1.6.2 ÁREA PROBLEMÁTICA LABORAL

En cuanto a los problemas a los que se enfrenta el enfermo crónico en el área laboral, Rubio, Rocío (s.f.), alude que: “según la O.M.S. la alimentación, el alojamiento y el trabajo son pilares básicos de salud, porque esta se mantiene y se pierde ahí donde la población vive y trabaja. Estos tres pilares son la expresión del factor económico” (p.4).

A nivel físico existen limitaciones que ya se han mencionado y que alteran a nivel laboral la vida del paciente con insuficiencia renal crónica, porque tiene que hospitalizarse para recibir apoyo médico, recibir tratamiento sustitutivo, consultas a diferentes servicios, y sobre todo por el deterioro físico y la alteración emocional que surge en el paciente. Las personas que padecen insuficiencia renal crónica tienen que suspender por lo menos temporalmente sus actividades laborales y en muchas ocasiones no vuelven a retomarlas, ya sea porque su recuperación ha sido muy lenta o también porque la falta de información al público merma las oportunidades de retomarlas, algunas veces por creencias irracionales a nivel de productividad, de prestaciones, etc. Esta situación trae alteraciones también a nivel económico, lo que complica aún más su estado emocional y de salud, ya que no solamente se presenta el problema del coste por el desplazamiento sino que también la adquisición de fármacos y las relaciones sociales se ven afectadas, provocando en el paciente sentimientos de inutilidad y pensamientos irracionales que alteran su estado de ánimo, volviéndolo un blanco más vulnerable a la depresión.

Si el problema económico viene dado por no poder seguir desempeñando su actividad laboral, entonces todo esto lleva consigo la búsqueda de alternativas con prestaciones económicas de menor cuantía no

pudiendo mantener el nivel de ingresos y generando la aparición de una serie de desequilibrios personales y familiares, sobre todo cuando los miembros de la familia son menores de edad o están estudiando, no teniendo por ello la cualificación y preparación suficiente para desarrollar una actividad laboral, añadiéndose la dificultad actual de encontrar empleo.

Los pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica sufren limitaciones en la actividad laboral agravándose esta situación con su entrada en Diálisis y en la mayoría de los casos pérdida de su puesto de trabajo debido a las ausencias laborales tanto de forma esporádica como periódica, Rubio, R. (s. f.).

La enfermedad no es sólo la causante de la pérdida de trabajo, sino cómo está montada la trama laboral para que haya mayor rentabilidad en la empresa. El paciente con insuficiencia renal crónica supone una baja rentabilidad en su trabajo lo que dificulta las relaciones laborales.

La dificultad de la adaptación del puesto de trabajo unido a las presiones laborales incide en la solicitud de su pensión de invalidez produciéndose una desvinculación laboral con pérdida de empleo, produciendo estas dos consecuencias inmediatas: disminución de ingresos económicos y sentimiento de no ser útil a sí mismo ni a su familia.

1.6.3 ÁREA PROBLEMÁTICA SOCIAL

La enfermedad no es sólo la causante de la pérdida de trabajo, el paciente con insuficiencia renal crónica también tiene dificultades en sus relaciones sociales, ya que ante el poco tiempo que se les dedican a los amigos, vecinos, conocidos, etc. debido a las demandas del tratamiento y las hospitalizaciones, tiende a aislarse y a no desear pasar tiempo en compañía.

El hecho de que las actividades agradables que anteriormente se realizaban con las amistades, se vean mermadas a partir del diagnóstico, produce en el enfermo con insuficiencia renal crónica, sentimientos de soledad

y de inutilidad, agravando su estado emocional y sus deseos personales de continuar.

1.6.4 ÁREA PROBLEMÁTICA PSICOLÓGICA

Cuando llega la enfermedad, se producen una serie de cambios importantes en varios aspectos psicosociales de la persona: la imagen que tenía de sí mismo, visión del futuro, relaciones interpersonales, actividades que realizaba hasta ahora, etc. De la misma manera, la necesidad de afrontar una situación nueva que va a suponer una pérdida de independencia personal por un lado por la dependencia como tal al tratamiento que genera una insatisfacción por el nuevo estilo de vida y por otra parte la dependencia de la familia, ocasiona un sentimiento de carga al necesitar su ayuda para un desenvolvimiento normal en su vida cotidiana, lo que altera su estado psicológico y éste es un factor que influye en el control de la enfermedad y seguramente en la calidad de vida.

Dentro de éstos factores psicológicos entran los aspectos emocionales, que por su importancia en la vida del ser humano y específicamente en el paciente crónico, se abordan a continuación, pues generan un impacto relevante en la vida de quien padece una enfermedad como lo es la insuficiencia renal crónica y cabe puntualizar que la finalidad de ésta propuesta se enfoca precisamente a un factor emocional: depresión, mismo que se explicará más detalladamente en el siguiente capítulo.

El estado emocional de los pacientes con insuficiencia renal crónica, se correlaciona con las condiciones de cambio a las que se enfrenta y por la enfermedad misma, de tal manera que se vuelve una relación interdependiente, una afecta a la otra y viceversa.

Hay una gran necesidad de que exista un amplio espectro de servicios interdisciplinarios de distinta índole para ayudar a los pacientes y sus familias a prepararse para la etapa pre-diálisis y hacer frente a la terapia de reemplazo renal (diálisis o trasplante), así como también a las demandas físicas, sociales, emocionales y espirituales de la enfermedad, terapia de reemplazo, y/o la

decisión de negarse al tratamiento o discontinuarlo, es precisamente ésta necesidad la que debe mover a profesionales de la salud a indagar más en el tema y a crear estrategias que mejoren la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, por ésta razón y como ya se ha explicado antes, el estudio de la depresión es el estado emocional a describir en éste trabajo en relación a la insuficiencia renal crónica, el cual se explicará a detalle en el próximo capítulo.

1.7 PREVENCIÓN DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

La nefrología contemporánea visualiza la enfermedad renal desde un paradigma biomédico de la salud, que consiste en la atención médica biológica en la etapa terminal de la enfermedad con procedimientos terapéuticos costosos de alta tecnología: la diálisis y el trasplante renal, sin embargo la prevención juega un factor determinante en ésta y todas las enfermedades crónicas degenerativas, aunado a esto, la adopción de un enfoque biopsicosocial por parte de las organizaciones públicas y privadas que ofrecen atención médica, sería mucho más completo, teniendo en cuenta que el estado de salud de las personas depende de factores biológicos-hereditarios, los servicios de salud, los ambientes físicos y socioculturales y los estilos de vida, para que en consecuencia se genere la promoción de la salud como un modelo de salud pública.

Es necesario dar más importancia a la difusión de información que oriente a la población acerca de la importancia de los cuidados necesarios, principalmente de alimentación, ya que si se retoman los datos antes expuestos, la diabetes mellitus es una de las causas más comunes de la insuficiencia renal, evitar la obesidad y mejorar los hábitos alimenticios, sobre todo si existe predisposición genética a la diabetes, es una manera de prevenir la enfermedad renal, el control de las enfermedades etiológicas si es que ya se padece alguna, como la hipertensión o la diabetes, entre otras, contribuye también a disminuir el número de enfermos con insuficiencia renal.

Así lo proponen Challú A, Burgo R. (1998) cuando ponen de manifiesto que las acciones de promoción de salud se dirigirán a obtener los estilos de vida saludables, en este caso específico, a la promoción de la salud renal, ahora bien, las acciones del programa deben estar dirigidas a toda la población, incluyendo acciones según los niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria, sobre todo el nivel de atención primaria, para evitar que la tasa de este tipo de padecimientos aumente.

CAPITULO DOS

2. DEPRESIÓN

La depresión es uno de los problemas emocionales más comunes en la actualidad y los costos del trastorno en cuanto a las consecuencias sociales y el sufrimiento personal son altos, poniendo incluso en riesgo la vida de quien la padece, pues el suicidio, es probablemente la consecuencia más grave del trastorno, ya que éste invade y perturba todas y cada una de las áreas de la vida de quien la padece y a quienes con ella conviven, por esta razón todo lo referente a la depresión, sus causas, consecuencias, manifestaciones, así como su etiología y epidemiología, diagnóstico del enfermo con depresión y las áreas problemáticas de quien la padece, se revisarán con mayor profundidad a lo largo de este segundo capítulo.

De la misma manera y tomando en cuenta que la depresión tal como lo menciona Craig, (1994) suele sobrevenir tras una pérdida importante o un acontecimiento de estrés, se hará la correlación teórica de la depresión en el enfermo de insuficiencia renal crónica, ya que es muy probable que a éste cambio físico se le sume un sentimiento de pérdida, no sólo referente a la salud física, sino también psicológica, ésta última puede ser, como cuando se cree haber perdido la confianza en sí mismo.

La depresión se basa en premisas de que algún objeto, persona o atributo nos falta.

2.1. CONCEPTO DE DEPRESIÓN

La depresión es más que un estado de ánimo un poco más bajo de lo normal, es un serio trastorno emocional que implica cambios importantes en la forma de sentir, pensar y actuar del ser humano que la presenta, además es considerado el problema más frecuente en el área de la salud mental, razones por las que en los últimos años la importancia de la depresión se ha enfatizado.

Es difícil imaginar que exista una persona que durante su vida no haya sentido al menos un síntoma de la depresión y aún más que en algún momento no haya sentido una manifestación de ésta a través de tristeza, infelicidad o pesimismo y en algunos casos como sensación de soledad (Calderón, 1984).

La depresión como un estado emocional manifestado por el hombre, ha sido estudiada desde tiempos muy remotos, así es que en ésta búsqueda de la razón y sus causas existieron diferentes teorías y postulados que dieron distintas explicaciones a lo que ahora llamamos depresión, considerada anteriormente melancolía.

La melancolía se asociaba con aversión a la comida, desesperación, insomnio e irritabilidad (Jackson, 1980). El término melancolía se deriva del griego “melas” que significa negro y “chole” que significa bilis, este término se usó para designar a los pacientes que con frecuencia vomitaban bilis negra a causa de su irritabilidad y ansiedad (Polaino- Lorete, 1985).

A finales del siglo XVI, para Plater la melancolía la definió como un tipo de enajenación mental, en la que la imaginación y el juicio se pervierten de tal manera que sin causa alguna quienes la padecen se ponen tristes y llenos de miedo (Jackson 1980).

Ayuso y Sáiz, (1981), afirma que en 1819, Esquirol “es el primero en dar carta de ciudadanía al descenso de humor con pérdida del gusto por vivir como fenómeno patológico en sí mismo; antes de él, la tristeza no acompañada de manifestaciones delirantes patentes podía aparecer como excesiva o inexplicable, pero no salía del campo de la psicología banal y de la moral común” (p.20).

Freud (1917) en su escrito “Duelo y Melancolía” utiliza el término depresión como un sinónimo de melancolía para describir el aspecto afectivo del estado mental de una persona, subraya que en la depresión hay una acentuada pérdida auto estimación y una pérdida de la vida instintiva, y sugiere que la famosa anorexia nerviosa de las jóvenes es una melancolía donde la

sexualidad no está desarrollada, a partir de esto apunta que la melancolía consiste en el duelo por la pérdida de la libido.

La depresión es entonces y para fines de esta investigación, un trastorno afectivo grave que puede estar asociado a una pérdida, de cualquier tipo, que involucre que el individuo se denote despojado de algo o alguien significativo, durante la cual también existen cambios bioquímicos en el cerebro como resultado de la depresión y alteraciones a distintas esferas de la vida, que perduran durante un tiempo determinado y que generan disminución en la calidad de vida de quien la padece y de los que le rodean. Sus causas, síntomas, clasificación entre otras consideraciones primordiales de ésta propuesta, se desarrollarán en los siguientes apartados de éste capítulo.

2.2. ETIOLOGÍA DEL ENFERMO CON DEPRESIÓN

La depresión puede estar causada por uno o varios factores, que son:

Herencia: Existe un mayor riesgo de padecer depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad, lo que indica que se puede haber heredado una predisposición biológica.

Factores Bioquímicos: Se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos.

Situaciones estresantes: Muerte de un familiar próximo o de un amigo, una enfermedad crónica, problemas interpersonales, dificultades financieras y divorcio, pueden ocasionar síntomas de depresión que sostenidos a lo largo del tiempo pueden desencadenar en una depresión clínica.

Personalidad: Las personas con esquemas mentales negativos, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y tendencia a la preocupación excesiva son más propensas a padecer de depresión.

2.3. TEORIAS QUE HAN ESTUDIADO LA DEPRESION

- Explicaciones Psicodinámicas:

Antes que Freud, Abraham (1912) estudió la depresión y lo hizo de una forma más extensa. Sin embargo, ambos coincidieron al señalar algunos rasgos comunes en los pacientes con depresión. Entre ellos se encuentran: la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente, un estado de ánimo profundamente doloroso, cese del interés por el mundo exterior, pérdida de la capacidad de amar e inhibición de todas las funciones (Polaino-Lorente, 1985).

Según Freud, la causa de muchas depresiones es psicológica. Considera el estado de ánimo depresivo como una forma de adaptación, que funciona como mecanismo de defensa. Él y sus seguidores formularon el concepto de la depresión como una manifestación de hostilidad contra la persona amada a la que se perdió en la infancia. Existe una reacción de odio contra el objeto de amor perdido, por haber desaparecido. Este odio a la persona amada provoca excesivos sentimientos de culpa y, para defenderse contra esta culpa, el individuo revierte contra sí mismo los sentimientos de odio (Vallejo-Nágera, 2005).

Todos los individuos tienen representaciones mentales de quienes son importantes en su vida, incluidos ellos mismos. Asimismo, además de la representación de quienes somos, existe el ego ideal, que es la imagen mental de lo que quisiéramos ser. De esta forma, que el grado en la autoimagen corresponda con el ego ideal, contribuye y constituye parte del amor propio. Así la disminución en la confianza y la autoestima son síntomas importantes de la depresión.

Según el psicoanálisis la autoestima de la mayoría de los individuos que son propensos a sufrir una depresión, se basa en una aportación continua de cariño, respeto y aprobación por parte de las personas importantes en sus

vidas. De esta forma, el distanciamiento o ruptura de una relación con estas personas crea una amenaza para la fuente de abastecimiento narcisista del cariño y la satisfacción de dependencia del paciente. Esto tiene consecuencias en la autoestima del paciente y, por lo tanto, puede inducir a una depresión (Mackinnon, Michels, 1971).

Según el psicoanálisis el masoquismo es un rasgo de carácter central de las personas deprimidas. Una de sus formas es cuando el paciente es incapaz de evitar su desdicha. Otra, más grave, es la conducta autodestructiva, como por ejemplo, el suicidio. Desde otro punto de vista, el masoquismo puede servir como defensa de la depresión, si es así, el paciente puede sentir orgullo del estado en el que se encuentra. Esto se acompaña de la negación que el paciente expresa de sus dificultades y su proyección hacia el mundo exterior (Mackinnon, Michels, 1971).

- Explicaciones Psicosociales:

Se han investigado muchas de las relaciones que existen entre la cultura y la depresión. Algunos de los hallazgos encontrados explican que en todas las culturas existe la depresión y todas las personas se encuentran en riesgo, sin embargo, la depresión puede variar de cultura a cultura (Chen, Rubin y Li, 1995, citados por Comer 2001).

Se ha mostrado que un cierto grado de estrés social incrementa el riesgo de sufrir una depresión (Bennett, 2003). Muchos teóricos socioculturales proponen que la depresión está influenciada por la estructura social en la cual la persona vive. Creen que existen lazos entre la depresión y ciertos factores como la cultura, la raza y el apoyo social (Comer, 2001).

Díaz, Torres y cols. (2006) afirman que la separación matrimonial, el estatus de divorciado, la pertenencia a clases inferiores, la inadecuada situación económica, la inestabilidad laboral, el vivir aislado del centro humano, las dificultades laborales o familiares, entre otras, constituyen las causas sociales para la aparición del trastorno depresivo mayor.

Comer (2001), dice que la depresión varía también de subgrupo en subgrupo, dentro de una misma sociedad, según éste autor, existe una explicación sociocultural que sostiene que las complejidades de los roles de la mujer en la sociedad, la dejan particularmente predispuesta a la depresión.

- Explicaciones Conductuales

Las teorías conductistas de la depresión se basan en el condicionamiento operante. Lewinsohn y cols. (1979) sugieren que la depresión es el resultado de un bajo reforzamiento positivo (Bennett, 2003). Los conductistas creen que la depresión es el resultado de cambios en las recompensas y castigos que la gente recibe en sus vidas y que la forma de ayudarlos es construyendo patrones más favorables de reforzamiento. Específicamente la mayoría de los teóricos del aprendizaje han visto como una función de la poca frecuencia del reforzamiento social que incluye dinero, prestigio y amor (Sarason y Sarason, 1975).

Por ende, en el paciente deprimido, la atención y el cuidado de la familia, o el protagonismo que él desempeña frente al terapeuta, refuerzan las secuencias conductuales depresivas. Por otra parte, la conducta del sujeto deprimido, su ansiedad, pesimismo, etcétera, darán como resultado un comportamiento de evitación entre sus conocidos, lo cual, disminuirá aún más la accesibilidad y la posibilidad de obtener refuerzos positivos (Comer, 2001).

Por otra parte Seligman formuló la hipótesis de que algo de la depresión en los humanos es en realidad un estado de indefensión aprendida. La gente deprimida piensa que no tiene control sobre lo que les rodea y, por lo tanto, soporta con pasividad los problemas que en realidad tienen solución, pues cree habitualmente que no tiene otra alternativa (Sarason y Sarason, 1975). 005).

- Explicaciones Genéticas

Las causas genéticas son de mayor importancia en las depresiones psicóticas (Calderón, 1999). La mayor parte de los estudios realizados con familias, han mostrado que los padres, hermanos e hijos de pacientes deprimidos tienen un riesgo entre el 10 y 15% de padecerla, en comparación con el 1 al 2% de la población general (Gelder y cols., 1993).

Se han realizado diversos estudios en gemelos que indican una predisposición a la enfermedad basada en causas genéticas. Los estudios de Kallman y Slater sugieren la existencia de un gen dominante en gemelos idénticos. Dentro de estos descubrimientos es preciso señalar que los miembros de una familia están sujetos a los mismos factores ambientales que pueden determinar la depresión. Asimismo, la convivencia con una persona deprimida puede originar el mismo cuadro en alguno de sus allegados (Calderón, 1999).

- Explicaciones Biológicas

Actualmente, se han desarrollado varias teorías que explican que la causa de la depresión está en un desequilibrio de los neurotransmisores. Se dice que en la depresión participan factores biológicos, que incluyen disfunción de los circuitos de noradrenalina, serotonina y dopamina, del sistema nervioso central, el hipotálamo y las estructuras del sistema límbico (Jusset y cols., 2002).

Es claro, que existen alteraciones en el funcionamiento bioquímico del Sistema Nervioso Central. Los neurotransmisores encargados de del funcionamiento correcto del SNC también participan en la regulación de las emociones.

2.4. EPIDEMIOLOGÍA DE LOS ENFERMOS CON

La depresión representa un problema de salud pública, ya que el porcentaje de personas que la padecen aumenta en gran medida año con año. El 5% de la población mundial sufre de algún trastorno depresivo, lo que brinda la proporción real de la elevada morbilidad actual y hace evidente la presencia de depresión en aproximadamente una de cada 20 personas que habitan en el planeta, Kaplan y Sadock, (2000).

Según estimaciones realizadas por la American Psychiatry Association (APA, 1994) para el 2020 la depresión mayor se convertirá en la segunda afección más discapacitante, superada tan sólo por la cardiopatía isquémica. Un dato de consideraciones alarmantes, ya que esto deja una idea clara de las modificaciones y las “limitaciones” a las que conlleva la depresión en las distintas áreas del ser humano.

Estudios epidemiológicos realizados en la mayoría de los países occidentales muestran que por cada hombre deprimido existe el doble de mujeres con la misma afección. A estas cifras se debe sumar la sospecha que impera tanto en medios científicos como en el sentir general, de que las mujeres que padecen estados leve o pasajera, y que no consultan a los especialistas, son todavía más numerosas (Gasto, Vallejo y Menchón, 1993).

En los Estados Unidos está reportada una incidencia de 10 casos por cada 1000 habitantes, Kaplan y Sadock, (2000).

Mientras que en México, una de cada cinco personas padece depresión, y sólo una de cada 10 recibe atención, consecuencia dada en gran medida, debido a que la depresión es diagnosticada de cinco a 10 años después de que se manifiestan sus primeros síntomas, Ojeda T. Daniel (2008). Considerando que en México viven alrededor 103.3 millones de personas, tal afirmación implicaría que cerca de 20 millones 660 mil mexicanos padecen depresión, sin contar la variación poblacional hasta la fecha, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2005).

En México también se ha observado este incremento en las ciudades con más habitantes como el Distrito Federal, Guadalajara y Monterrey, donde

se registran una prevalencia más alta de los trastornos afectivos como la depresión grave, la distimia y el trastorno bipolar o maniaco depresivo en 10.4%. Le siguen los estados del norte del país como Chihuahua, Durango, Nuevo León y Tamaulipas con 9%, mientras que los del sureste: Chiapas, Quintana Roo y Yucatán presenta 5.7% (Huerta -Franco, 2000).

En un dato más específico, el Centro de Atención Integral en Salud Mental de Estancia Breve (Caisame) en México, reporta de un total de atenciones que brinda, que el 40% es por cuadros depresivos, en este mismo centro el 50% de las camas son ocupadas por individuos que padecen depresión mayor, distimia, depresión recurrente, trastorno bipolar o una tentativa de suicidio, de un total de 1500 hospitalizaciones anuales en promedio, Ojeda T. Daniel (2008).

Respecto a la edad, los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad, aparecen cada vez más a edad más temprana, y en ocasiones, por el uso de ciertas sustancias, de la misma manera que el estilo de vida y el nivel de estrés son importantes en la génesis de los trastornos mentales, así lo reportó Instituto Nacional de Psiquiatría de México, (Ríos, 2003).

La cuestión de género se hace presente en las estadísticas de prevalencia de la depresión, los trastornos afectivos prevalecen más en el sexo femenino por factores genéticos y hormonales, aproximadamente 11.2% de las mujeres han padecido depresión alguna vez en su vida, Ojeda T. Daniel (2008).

Sin embargo éste último dato no debe confundir la realidad, los hombres también presentan depresión, las causas de que en los estudios realizados, resulte más prevaleciente la depresión en las mujeres, tendrían que analizarse, quizás tomar en cuenta el aspecto cultural de cada país, los roles sociales, la apertura de comunicar o asistir al especialista en cada género, etc. dejaría un panorama más imparcial de los datos y esclarecería las variables que participan en éste fenómeno.

La depresión es un trastorno afectivo que genera efectos adversos en quien la padece, y como ya se ha visto, la población con depresión va en aumento, tanto a nivel mundial como en México específicamente, lo que hace

aún más necesaria la participación de profesionales de la salud mental, dirigida no sólo a mejorar el diagnóstico y prevención de la depresión, sino también al desarrollo de habilidades que permitan el manejo adecuado de quienes la padecen, sobre todo si se toma en cuenta que dicha afección, puede evolucionar desfavorablemente, trayendo como consecuencias graves el suicidio y la disfunción socio-familiar.

2.5. DIAGNÓSTICO DEL ENFERMO CON DEPRESIÓN

Para realizar un diagnóstico de depresión, es necesario por parte del profesional seguir determinados procedimientos, dirigidos principalmente a recopilar y organizar información que indique claramente la presencia de dicho trastorno afectivo. Como en cualquier otra patología, se requiere una historia clínica para juntar la información diagnóstica necesaria.

Para la depresión, la historia clínica se amplía y se concibe de una manera diferente, haciéndose un interrogatorio más profundo sobre la situación vital del paciente, a lo que los profesionales de la salud mental han nombrado entrevista clínica ó psicológica.

La entrevista clínica es el medio a través del cual, el psicólogo obtiene datos de suma importancia que avalan los resultados obtenidos en las pruebas que él psicólogo considere convenientes aplicar al enfermo para determinar el diagnóstico de depresión, así lo afirma Vargas-Mendoza, J. E. (2009) cuando refiere que la entrevista clínica es el estándar de oro para el diagnóstico de la depresión, debido a que algunas investigaciones señalan que la simple pregunta ¿Está Usted deprimido? proporciona un recurso sensitivo y específico para evaluar la depresión en el enfermo terminal, y el hecho de que un paciente responda afirmativamente, aumenta en gran medida la probabilidad de que reciba un diagnóstico de depresión, luego de ser entrevistado de forma exhaustiva.

Durante la entrevista clínica, es necesario observar determinadas conductas por parte del paciente, las cuales nos proporcionan información

valiosa al momento de realizar el diagnóstico de depresión, dentro de las cuales, es primordial que exista manifestación más que tristeza persistente.

Además, deben estar presentes otras señales, como llanto fácil, anhedonia, desesperanza, sensación de valer poco, culpa inapropiada o excesiva e ideación suicida.

La anhedonia, es decir, la falta de placer, puede ser difícil de discernir en pacientes cuyas actividades se encuentran limitadas por el deterioro de su salud o por su estancia en el hospital. Sin embargo, este indicativo puede estar presente en pacientes que no sienten interés o placer en los momentos que comparten con sus familiares y amigos. Los comentarios negativos sobre sí mismo regularmente se encuentran manifestados por la culpa excesiva que presenta el enfermo.

Y aunque los signos y síntomas vegetativos de depresión (fatiga, insomnio, anorexia) pueden confundirse con los que son ocasionados por fallas orgánicas, éstos también tienen utilidad diagnóstica si no pueden explicarse por los efectos de la enfermedad física, de los medicamentos o del ambiente hospitalaria, aunado a estas situaciones también deben contemplarse los signos y síntomas vegetativos también son útiles en el diagnóstico de depresión cuando su aparición coincide con el inicio del ánimo depresivo o de la anhedonia; por último y no menos importante, a los pacientes evaluados por depresión debe preguntárseles sobre antecedentes familiares de este trastorno, de suicidio o de alcoholismo, ya que estos se consideran factores predisponente de presentar depresión, (Alarcón Prada A., 2004).

La Depresión como toda entidad nosológica, tiene una manera característica de presentarse, es decir, una historia natural y una sintomatología marcada o delimitada, para que se diagnostique como tal. En base a sus manifestaciones clínicas, intensidad, duración y presencia de determinado número de síntomas, se ha logrado clasificar a la depresión y establecer estándares que delimitan los criterios de diagnóstico para cada población.

En la Tabla N° 2 se mencionarán los criterios diagnósticos de la depresión, según la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE 10 y en la Tabla N° 3 de acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV-TR.

Tabla N°2. Criterios diagnósticos generales de episodio depresivo según CIE-10

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

C. Síndrome Somático: comúnmente se considera que los síntomas "somáticos" tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endógenomorfos

~ Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras

~ Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta

~ Despertarse por la mañana 2 o más horas antes de la hora habitual

~ Empeoramiento matutino del humor depresivo

~ Presencia de enlentecimiento motor o agitación

~ Pérdida marcada del apetito

~ Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes

~ Notable disminución del interés sexual

Fuente: Adaptado de OMS, (1992). Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE- 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor.

La CIE-10 utiliza una lista de 10 síntomas depresivos y divide el cuadro depresivo mayor, en leve, moderado o grave (con o sin síntomas psicóticos) (Tablas 1 y 2). En cualquiera de estos casos siempre deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés y capacidad para disfrutar y aumento de la fatigabilidad y el episodio debe durar al menos dos semanas.

El DSM-IV utiliza una lista de 9 síntomas depresivos, requiere también una duración del episodio de al menos dos semanas y divide el cuadro depresivo mayor en leve, moderado o grave, con códigos específicos para la remisión parcial/total o no especificada. El diagnóstico se establece con la presencia de al menos cinco de los síntomas, y debe ser uno de ellos un estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés o de capacidad para el placer.

Tabla 2. Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10

A. Criterios generales para episodio depresivo

- ~ El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- ~ El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico

B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

- ~ Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto,

presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.

- ~ Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
- ~ Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

C. Además debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos de 4:

- ~ Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- ~ Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
- ~ Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida.
- ~ Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.
- ~ Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.
- ~ Alteraciones del sueño de cualquier tipo.
- ~ Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

D. Puede haber o no síndrome Somático*

- **Episodio depresivo leve:** Están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.
- **Episodio depresivo moderado:** Están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.
- **Episodio depresivo grave:** Deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

Fuente: OMS, (1992). Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE- 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor.

En la tabla N° 3 se mencionarán los criterios diagnósticos de la depresión, de acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV-TR.

Tabla N° 3. Criterios Diagnósticos de depresión, de acuerdo al DSM-IV-TR

Criterios Diagnósticos Episodio Depresivo Mayor según DSM-IV-TR

A	<p>Cinco (o más) de los síntomas siguientes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio respecto del desempeño previo; por lo menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.</p> <p>(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros.</p> <p>(2) Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.</p> <p>(3) Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.</p> <p>(4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.</p> <p>(5) Agitación o retraso psicomotores casi todos los días.</p> <p>(6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.</p> <p>(7) Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo).</p> <p>(8) Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros).</p> <p>(9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.</p>
B	Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto
C	Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.
D	Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, una medicación), ni a una enfermedad médica general (por ejemplo hipotiroidismo).
E	Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.
Fuente: American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Barcelona: Masson 2003.	

Criterios Especificadores de gravedad/ características psicóticas/ remisión del episodio depresivo mayor actual (o más reciente) del DSM-IV-TR

Nota: Codificar en el quinto dígito. Leve, moderado, grave sin características psicóticas y grave con características psicóticas se pueden aplicar sólo si actualmente se cumplen los criterios de episodio depresivo mayor. En remisión parcial y en remisión completa se pueden aplicar al episodio depresivo mayor más reciente del trastorno depresivo mayor, y a un episodio depresivo mayor del trastorno bipolar I o II, sólo si éste es el tipo más reciente de episodio de estado de ánimo.

Leve: Pocos síntomas, o ninguno, aparte de los requeridos para arribar al diagnóstico, y los síntomas provocan sólo deterioro menor del desempeño laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás.

Moderado: Síntomas o deterioro funcional entre “leve” y “grave”.

Grave sin características psicóticas: Varios síntomas aparte de los requeridos para arribar al diagnóstico, y síntomas que interfieren notoriamente con el desempeño laboral, o las actividades sociales habituales o las relaciones con los demás.

Grave con características psicóticas: Ideas delirantes o alucinaciones. Si es posible, especificar si las características psicóticas son congruentes o incongruentes con el estado de ánimo.

a) Características psicóticas congruentes con el estado de ánimo: Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido es completamente compatible con los temas depresivos habituales de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido.

b) Características psicóticas incongruentes con el estado de ánimo: Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido no corresponde a los temas depresivos habituales de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido. Se incluyen síntomas, como ideas delirantes de persecución (no directamente relacionados con temas depresivos), inserción del pensamiento, transmisión del pensamiento e ideas delirantes de control.

En remisión parcial: Hay síntomas de un episodio depresivo mayor, pero no se cumplen los criterios completos, o hay un período sin ningún síntoma significativo de episodio depresivo mayor que dura menos de 2 meses tras el final del episodio depresivo mayor. (Si el episodio depresivo mayor se sobre agregó a trastorno distímico, se efectúa el diagnóstico de trastorno distímico solo, una vez que ya no se cumplen los criterios completos de episodio depresivo mayor).

En remisión completa: Durante los últimos 2 meses, no hubo signos ni síntomas significativos de la alteración.

Sin otra especificación.

Fuente: American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Barcelona: Masson 2003.

Criterios Diagnósticos del trastorno depresivo mayor, episodio único, del DSM-IV-TR

A. Un solo episodio depresivo mayor.
B. El episodio depresivo mayor no es mejor explicado por trastorno esquizoafectivo, y no se sobreagrega a esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, ni trastorno psicótico sin otra especificación.
C. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto, ni un episodio hipomaníaco. Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios tipo maníaco, tipo mixto o tipo hipomaníaco son inducidos por sustancias o tratamiento, o se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica general.
Si actualmente se cumplen los criterios completos de un episodio depresivo mayor, especificar su estado clínico y/o características actuales: ~ Leve, moderado, grave sin características psicóticas/grave con características psicóticas ~ Crónico ~ Con características catatónicas ~ Con características melancólicas ~ Con características atípicas ~ Con inicio posparto
Si actualmente no se cumplen los criterios completos de un episodio depresivo mayor, especificar el estado clínico actual del trastorno depresivo mayor o las características del episodio más reciente: ~ En remisión parcial, en remisión completa ~ Crónico ~ Con características catatónicas ~ Con características melancólicas ~ Con características atípicas ~ Con inicio posparto
Fuente: American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Barcelona: Masson 2003.

Criterios Diagnósticos de trastorno depresivo mayor recurrente del DSM-IV-TR

A. Dos o más episodios depresivos mayores.

Nota: para ser considerados episodios separados, debe haber un intervalo de, por lo menos 2 meses consecutivos en los que no se cumplan los criterios de episodio depresivo mayor.

B. Los episodios depresivos mayores no son mejor explicados por trastorno esquizoafectivo, y no se sobrealimentan a esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, ni trastorno psicótico sin otra especificación.

C. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto, ni un episodio hipomaníaco. Nota: esta exclusión no se aplica si todos los episodios tipo maníaco, tipo mixto o tipo hipomaníaco son inducidos por sustancias o tratamiento, o se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica general.

Si actualmente se cumplen los criterios completos de un episodio depresivo mayor, especificar su estado clínico y/o

características actuales:

- ~ Leve, moderado, grave sin características psicóticas/grave con características psicóticas
- ~ Crónico
- ~ Con características catatónicas
- ~ Con características melancólicas
- ~ Con características atípicas
- ~ Con inicio posparto

Si actualmente no se cumplen los criterios completos de un episodio depresivo mayor, especificar el estado clínico actual del trastorno depresivo mayor o las características del episodio más reciente:

- ~ En remisión parcial, en remisión completa
- ~ Crónico
- ~ Con características catatónicas
- ~ Con características melancólicas
- ~ Con características atípicas
- ~ Con inicio posparto

Especificar:

- ~ Especificadores de evolución longitudinal (con recuperación entre los episodios o sin ella)
- ~ Con patrón estacional.

Fuente: American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Barcelona: Masson 2003.

Se hace necesaria la administración de una batería confiable de tests, como el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Hamilton para la depresión (HAM-D), la Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) y el Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE), entre otras, que evalúen eficazmente la presencia y los niveles de depresión en el enfermo con insuficiencia renal crónica, debido al deterioro de la condición física que ésta enfermedad provoca y que ya se ha descrito en el capítulo anterior, así como los malestares propios de la enfermedad y la necesidad de hospitalización continua

En el tratamiento de la depresión se deben tener en cuenta los diferentes aspectos y modalidades del trastorno, debido a que se habla de individuos, cabe recordar que cada caso merece particular diseño en relación a que la depresión no es igual en todos los pacientes, y el tratamiento psicoterapéutico también debe estar basado en las características clínicas, vitales y sociales individuales de cada paciente.

2.6. CARACTERÍSTICAS DEL ENFERMO CON DEPRESIÓN

Tal como lo apuntan A. Ledesma Jimeno y L. Melero Marcos, (1989):

En el sujeto depresivo, existen manifestaciones emocionales, expresadas principalmente por tristeza patológica, ansiedad y periodos de irritabilidad y mal humor.

También se observan trastornos del pensamiento, como lentitud del pensamiento, dificultad de concentración, indecisión, ideas delirantes de culpa, ruina e hipocondriacas, pesimismo, disminución de la autoestima, ideas de suicidio; concomitantemente existen síntomas somáticos como insomnio, pérdida de apetito y de peso, estreñimiento, disminución de la libido, etc. (p.15).

Todas estas manifestaciones del enfermo con depresión pueden proporcionar una idea clara de la alteración de su vida y de su incapacidad por controlar por sí solo, un trastorno afectivo que provoca un impacto importante en las funciones vitales del individuo. Además de tener el riesgo de fortificar el circuito depresivo, a través de la creación de pensamientos nuevos de desvalorización, inutilidad y poca autoeficacia, aumentando el riesgo de enfatizar ideas suicidas o el suicidio mismo.

La forma de razonar en la cognición del deprimido posee una forma especial, según esto, la característica más clara sería que no están basados en la lógica, es decir; como si existiese un impedimento de utilizar los datos tanto actuales como los ya almacenados en la memoria, de forma sensata, racional o científica.

Estos razonamientos erróneos, por así llamarlos, focalizan principalmente lo negativo, la atención se encuentra dirigida a aspectos poco positivos o inadecuados que magnifican los sucesos diarios, reforzando éstas ideas; o bien desvalorizándose a sí mismo, sosteniendo creencias de inferioridad, centrándose en los defectos, problemas e inhabilidades que por la naturaleza de la condición humana, la mayoría de los individuos poseemos, minimizando en consecuencia las cualidades positivas, habilidades, aciertos y valores.

Frecuentemente las personas deprimidas presentan una tendencia a personalizar sus razonamientos; es decir a creerse responsables al 100% de acontecimientos en los que no han sido partícipes o están fuera de su alcance, generando una auto-condena a ser culpables, y propiciando una de las formas más dañinas de asumir que hay una relación de causa-efecto directa entre los actos y las consecuencias referentemente a su estado anímico.

Suelen categorizar de manera extremista y dramática, sus pensamientos en todo ó nada; es decir sus evaluaciones son radicales, inclinándose en la focalización de lo negativo, pues su margen de error es nulo y este filtro mental deja muy pocas oportunidades de juzgar positivamente la realidad.

El generalizar el razonamiento, consiste en concluir de manera general a partir de sucesos o detalles específicos y concretos. Aplicándose continuamente al desempeño personal, a los actos de los demás y a como fluye el mundo y se visualiza el futuro.

Es común que saquen conclusiones sin datos válidos ó a partir de información errónea, incluso de manera auto-agresiva. Haciendo alusión a que sus creencias no sólo son reales, sino en contra de sí mismo, y todo esto sin sustento real que las avale.

Existe por último, un razonamiento exigente acerca de hacer cosas que muy probablemente en su condición deprimida, no le sean posibles, utilizando de manera excesiva expresiones de “debería” y/o “tengo que”, perturbándose con la manera de actuar pasada, como si hubiesen tenido oportunidad de hacer algo diferente. De esta manera, los imperativos morales también se aplican a cuestionamientos de la vida y de las actitudes de los demás.

Los pensamientos depresivos aparte de que no están basados en evidencia real, es muy probable que generen emociones de tristeza profunda y desesperación, tornándolo improductivo e incluso generando enajenamiento en cuanto a las redes sociales, familiares y/o laborales, lo que devendría en el asilamiento o la soledad, agravando el estado emocional y reforzando la idea de que éstos pensamientos son verdaderos y absolutos, situándolos en conclusiones extremistas, dicotómicas o catastróficas.

A nivel físico, Marmorstein, J. y N., (1983) señalan que:

No sólo la fatiga tiende a ser peor por las mañanas, es posible decir que esto ocurre generalmente con la mayoría de la sintomatología de la depresión, como la tristeza, la inutilidad, el temor, la cólera y la culpa. (...)Las alteraciones en el apetito se presentan en un 50 por ciento de las personas que sufren depresión. Las perturbaciones en el interés o la capacidad sexual no sólo son síntomas conscientes o sociales, sino que a menudo constituyen un síntoma vegetativo muy frecuente (...) La ansiedad es síntoma por sí

misma y no un proceso completo de enfermedad como la depresión. (...) Muy a menudo, la depresión se encuentra acompañada por la ansiedad y entonces se le llama ansiedad y depresión. (...) el sentimiento consciente de temor, cólera o culpa puede ser mínimo o estar reprimido. (...) Muchos de estos síntomas ocurren como resultado de espasmos musculares en cualquier parte del cuerpo (pp.48-53).

La depresión como ya se ha mencionado, provoca alteraciones propias en el individuo que la presenta y éste a su vez, sufre alteraciones en las esferas sociales y familiares, ya que no sólo su pensamiento se encuentra sumido en razonamientos catastróficos y dramáticos del entorno que le rodea, sino también sus conductas están regidas por éstos, lo que aleja al paciente de todo aquello que probablemente le generaba una sensación satisfactoria, haciendo evidente un aislamiento y retraimiento de él para con sus redes de apoyo directas, es decir; su familia y amigos, así como de sus labores cotidianas o necesarias para su interacción social, como lo es a nivel laboral, lo cual repercute directamente en su estabilidad económica, así como el sentido de productividad y de participación generadora, se ven profundamente disminuidas.

CAPITULO TRES

3. DEPRESION EN EL ENFERMO CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA Y EL GRUPO DE AUTOAYUDA

La depresión puede ser una respuesta ante una pérdida y, como ya se ha explicado anteriormente, los pacientes con insuficiencia renal crónica han sufrido múltiples pérdidas: el rol familiar y laboral, la función renal, habilidades físicas cognitivas y funcionamiento sexual, entre otras, resultando evidente el alcance que llega a tener una enfermedad crónica, como lo es la insuficiencia renal crónica, en la vida de las personas que presentan éste padecimiento y el impacto que genera en su estado emocional.

Ahora bien, ya que cualquier factor físico o psicológico puede influir en nuestro estado de ánimo, de tal manera que puede parecer muy difícil refutar la lógica falsa de que el suicidio es la solución de un problema que parece insoluble y que va acompañado de síntomas de depresión, como futilidad, desesperación, culpa, autorrechazo y soledad total, (Marmorstein, J. y N., 1983).

Sin duda la enfermedad es lo que más propicia en el ser humano el temor a la muerte. Y es allí donde él o los profesionales de la salud deben actuar, ante seres humanos temerosos y demandantes de ayuda, apoyo y cariño. En esta dirección, aquél que enferma no sólo requiere de medicamentos o intervenciones quirúrgicas. Es muy probable que se beneficie también del apoyo moral y psicológico, entre otros.

En cuanto al soporte psicológico, surge la necesidad de desarrollar estrategias eficaces de afrontamiento a partir de una gran variedad de intervenciones que incluyan apoyo, reestructuración cognitiva, manejo de emociones, estilos de afrontamiento y redes familiares. La participación del psicólogo se da tanto a nivel individual como familiar, y en este caso grupal, ya que para fines de esta propuesta, el planteamiento de atención psicoterapéutica va dirigida al grupo de autoayuda, en el cual se integra al paciente y a su familia, englobando el alcance de dichas intervenciones no sólo

para un enfermo, sino para aquellos que padecen la misma enfermedad crónica, en este caso insuficiencia renal crónica, proponiendo que dentro del grupo las metas de aceptación de la enfermedad y adherencia terapéutica se logren con mayor eficacia y facilidad, el grupo de autoayuda será uno de los conceptos que se ampliarán a lo largo de este capítulo, así como la presencia de una correlación existente entre depresión e insuficiencia renal crónica, y el impacto que ésta genera en el curso de la enfermedad renal, así como las alternativas psicoterapéuticas encaminadas al objetivo principal de este trabajo.

3.1. PRESENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ENFERMO CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Las enfermedades crónicas, presentan generalmente panoramas que no suelen ser agradables a quienes las padece, y el sólo hecho de saber que se padece una enfermedad crónica, sea ésta cual sea, presenta grandes interrogantes en el enfermo, acerca de su situación actual y futura, lo que puede desencadenar una serie de emociones y temores acerca de los riesgos de morir o sufrir (Oblitas Guadalupe, Luis A. y Cols., 2006).

De hecho, casi cualquier enfermedad puede precipitar una depresión, así lo señala Marmorstein, J. y N. (1983) incluyendo ejemplos tan diversos como insuficiencia cardíaca, arterioesclerosis cerebral, insuficiencia renal, hepatitis crónica, mononucleosis crónica o cualquier trastorno crónico.

Según lo afirman Marmorstein J. y N., (1983):

Algunos factores que determinarán la influencia que tendrá una enfermedad sobre la salud emocional son: la posibilidad de que cause la muerte o la invalidez; la anticipación de su intensidad y duración; el peligro de desfiguración, dolor o pérdida de algún miembro; sus efectos en la vida familiar y profesional; y la presencia o ausencia de ansiedad antes de que apareciera esta enfermedad. Otro factor importante es como interviene en las

funciones vitales como la comida, la eliminación, el sueño y el sexo. Además podrán determinarse las reacciones del paciente si anteriormente ha estado en contacto con enfermedades, doctores y hospitales (p.13).

En cuanto a la depresión hospitalaria, recordando que el hospital no como estancia médica, sino como el medio a través del cual se enfrenta regularmente el enfermo crónico, forma parte esencial de su proceso de aceptación de la enfermedad y su primer contacto con el tratamiento, a través del cual, se espera la mejora en su calidad de vida. Tras un estudio reseñado por A. Ledesma Jimeno y L Melero Marcos, (1989) acerca de la correlación existente entre la presencia de depresión secundaria a enfermedad física, llevado a cabo en un hospital, con la finalidad de tomar en cuenta las variables que influyen o pueden influir en pacientes determinados, entre otras cosas, se observó que la existencia de una enfermedad orgánica no excluye la presencia de un trastorno afectivo. Así como que los factores desencadenantes, de los trastornos depresivos que surgen como consecuencia de la reacción individual psíquica a la situación que produce la enfermedad, fueron:

- Expectativa ante el encamamiento ó estancia hospitalaria.
- Expectativa ante el diagnóstico de una incapacitante o grave enfermedad.
- Influencia de la postura del grupo familiar ante un paciente en el que aparece una enfermedad (p.53).

En el marco del hospital, A. Ledesma Jimeno y L Melero Marcos, (1989) desde una perspectiva sanitaria, encontraron los siguientes factores susceptibles de desencadenar un círculo emotivo patógeno, por su categoría especial para producir stress psicológico en los pacientes allí ingresados:

- El Hospital hace que el paciente tome conciencia de su rol de enfermo.
- La pérdida de su estatus o categoría, le hace pasar a convenirse en un

número más.

- La posibilidad que tiene el Hospital, a través de las diversas exploraciones a que se ve sometido el enfermo, para detectar nuevas patologías o patologías asociadas, que el paciente no conocía ni sospechaba.
- La falta de comunicación con las circunstancias externas de vida hace que estas sean difíciles de dirigir o administrar desde la cama de un Hospital.
- La separación de su medio habitual, tanto social como familiar.
- La despersonalización de la relación médico-paciente, ya que es tratado por diversos equipos multidisciplinarios que hacen que le sea difícil un punto de referencia humano.
- El sometimiento a exploraciones dolorosas que además pueden traspasar los límites territoriales de la intimidad (p. Ej. ginecológicas), muchas veces realizadas sin la suficiente información.
- El descubrimiento de que sus proyectos de vida se han detenido bruscamente.
- La necesidad de tomar una decisión fuera de planos de seguridad familiar ante la posibilidad de una intervención.
- Se establecen relaciones de camaradería o aversión con los compañeros de planta.
- La evolución de estos compañeros influye en el ánimo de los demás de tal manera que el desenlace fatal de uno de ellos puede traer consecuencias depresivas en los otros (p.53).

El temor al hospital y a la hospitalización misma, la angustia ante el presunto diagnóstico, el miedo a las diversas terapéuticas, tanto quirúrgicas como no quirúrgicas, al dolor, a la muerte, tan presente en el ambiente hospitalario, aunado a las implicaciones sociales de la enfermedad, tales como la pérdida de la independencia, en la que funciones básicas, como caminar, comer, hablar, etc., necesitan ser supervisadas ó incluso requieren de la ayuda de alguien más, favorecen a que el estado emocional del enfermo se vea directamente relacionado con síntomas depresivos que incluyan pensamientos negativos y sentimientos de desesperanza. De hecho se ha

encontrado que los síntomas más sobresalientes presentados por los enfermos con insuficiencia renal crónica, son sentimientos de culpa y de minusvalía, la preocupación con pensamientos sobre la muerte y las ideas y los planes suicidas, (KIMMEL P., 2001).

Sin embargo, el diagnóstico indudable de depresión mayor en insuficiencia renal crónica es muy difícil de establecer, debido a las complejidades propias de la enfermedad física y por lo tanto dificulta el establecimiento de la real incidencia epidemiológica de la coincidencia de estas dos condiciones clínicas.

3.2. IMPACTO DE LA DEPRESIÓN EN EL CURSO DE LA ENFERMEDAD RENAL

Las enfermedades de larga duración presentan problemas psicosociales importantes, y merecen ser estudiados específicamente para cada padecimiento, ya que es precisamente la capacidad para enfrentarse a éstos la que se encuentra regularmente alterada, ya que precisamente en las enfermedades crónicas, es posible que se evoquen asuntos existenciales tales como la muerte, la incapacidad permanente, dependencia, etc. situaciones que suelen ser referidas por los pacientes constantemente.

A lo anterior, Magaz Lago (1994) indica que la enfermedad física no sólo afecta a los órganos que funcionan de modo incorrecto sino, también al comportamiento de las personas que lo padecen. Por otro lado, este comportamiento influye en el desarrollo de la enfermedad y en la calidad de vida de las personas afectadas.

A medida que la depresión se agrava, el paciente puede sentirse inútil y sin esperanzas. Algunos sienten que ya no vale la pena vivir y esto puede traerles ideas de suicidio. Este es el punto final de una depresión que no se ha tratado de una manera conveniente y consecuencia fatal de la misma.

Existe una problemática singular en el enfermo crónico, pues debe enfrentarse al hecho de aceptar tal cronicidad del padecimiento como parte de

su vida, y ésta sufre cambios que no están contemplados por él: aceptar la enfermedad como parte ya de su diario vivir al igual que al tratamiento si éste existe, ser consciente de que pueden ser cambios irreversibles y que el posible deterioro físico y social son progresivos, la pérdida de su independencia respecto del tratamiento y de la enfermedad propia son sólo algunas de las situaciones a las que se tiene que enfrentar, entonces la depresión se hace partícipe en su vida tornando una perspectiva más oscura de la realidad, además, se debe tener muy en cuenta que el que no sea tratada la depresión puede generar dificultades en la evolución de la enfermedad crónica, así lo ha informado la Asociación Americana de Psicología (2007) cuando afirma que la “depresión conduce a menudo a malos hábitos alimenticios, falta de ejercicio e higiene inconsistente, puede inclusive complicar la recuperación de una enfermedad crónica y empeorar el estado físico en general.”

El impacto de la percepción subjetiva de sí mismo como de una persona con una valía disminuida, con sentimientos hostiles, de frustración y de desconsuelo, complican el curso de la enfermedad en diversos ámbitos. Los pacientes deprimidos no se adhieren al tratamiento completamente, alteran sus relaciones interpersonales y afectivas, se perciben a sí mismos como abandonados (que nadie los quiere y el apoyo emocional que reciben es poco) y perciben que la interferencia de la enfermedad en su calidad de vida es muy grande.

La presencia de depresión en estos enfermos, también origina efectos determinados en el curso de la insuficiencia renal crónica, tales como:

- La disminución en el funcionamiento de su inmunidad celular.
- Aumento de la susceptibilidad de los pacientes a desarrollar infecciones, neoplasias o alteraciones autoinmunes.
- Muerte por conductas de riesgo, como el desapego terapéutico.

El enfermo con insuficiencia renal crónica, regularmente presenta respuestas represivas, depresivas o de negación a los cambios en el estilo de

vida y éstas pueden manifestarse por diversas actitudes, las más peligrosas suelen ser las de automutilación, ya que el paciente conoce los medios de autodestrucción que la enfermedad le ofrece, por ejemplo puede ingerir una sobredosis de medicamentos, consumir alimentos prohibidos, deglutir gran cantidad de agua, o bien, favorecer la mutilación, contaminación o inutilización de la entrada del catéter para la diálisis peritoneal, Velasco y Sinibadi (s.f.).

Por otra parte los pacientes en tratamiento dialítico viven un proceso de aceptación, en principio al tratamiento y también a todo lo que implica el cambio en el estilo de vida, es éste, un proceso que debe tomarse con seriedad y en el que debe proporcionársele apoyo emocional, para que a través de sus recursos decida actuar favorablemente, pues una vez que el paciente a aceptado someterse a la diálisis para llevar a cabo sus actividades normales, se planteará si vale la pena seguir viviendo, al considerar las restricciones impuestas por la diálisis misma, la dieta, la farmacoterapia necesaria, etc.

3.3. EXPERIENCIA DE TRATAMIENTO PSICOTERAPEÚTICO DE LA DEPRESIÓN EN EL ENFERMO CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA Y POSIBLES BENEFICIOS EN SU CALIDAD DE VIDA

El tratamiento psicoterapéutico de la depresión está basado en intervenciones psicológicas diseñadas para lograr beneficios en la estabilidad emocional del enfermo depresivo, ahora bien, como ya se ha hecho mención a lo largo de éste capítulo, la depresión juega un papel sustancial en el enfermo crónico, específicamente para fines de ésta propuesta, en el enfermo con Insuficiencia Renal Crónica, por lo que es importante revisar, cuales son éstas intervenciones y la efectividad que han producido en la calidad de vida de éstos pacientes, si bien los avances de la ciencia médica se han llevado a cabo, bajo la base de métodos científicos y analíticos, respecto a la enfermedad y ha sido efectivo en el tratamiento de enfermedades físicas, también es verdad que se ha descuidado la atención a las necesidades emocionales de los pacientes.

Así pues, es imperativo que todos los que tratan con el paciente le comuniquen claramente su apoyo, y si sumado a ello, el médico y el personal del hospital toman por adelantado que con frecuencia habrá sentimientos de

enojo y culpa en el paciente y su familia, es muy probable que puedan manejarlos sin sentirse enojados o culpables y sin retraerse.

Marmorstein, J.y N., (1983) señalan que resulta paradójico que un consejo personal de un miembro de la familia siempre es recibido con rechazo y enojo, mientras que el mismo consejo proveniente de alguien que no pertenece a la familia, como el médico o un maestro, no provoca esa reacción. Esto puede deberse a que aceptar un consejo personal puede interpretarse como eliminar alguna parte de la propia individualidad. Al ser humano regularmente le resulta preferible que ese tipo de decisiones sean una propia elección y no el resultado de la influencia de alguien más. Así pues, un miembro de la familia con el que se tiene un contacto cercano frecuente, puede parecer estar en la posición de imponer sus sugerencias y robar la individualidad, mientras que un profesional con quien se tiene contacto más superficial y menos frecuente no representa esa amenaza.

Así es como el papel del psicólogo juega una participación activa, sin embargo también existen casos en que el individuo deprimido no puede expresarse, por lo que no debe sorprender que en ésta población exista una resistencia natural del enfermo a aceptar una forma de tratamiento que se basa en expresar verbalmente la propia historia emocional.

También hay otros factores que pueden condicionar la manifestación de la necesidad de ayuda emocional, por parte de estos enfermos, como el hecho de que culturalmente hay una marcada tendencia de que más hombres que mujeres tienen esta dificultad para expresar sus sentimientos, por lo que no resulta extraño que la mayoría de los pacientes que buscan consejo sean mujeres, pero esto no es un indicador de que haya más mujeres deprimidas que hombres en esta misma situación, sino que a nivel educativo y cultural, en México los hombres tienden a creer que es signo de debilidad o de falta de masculinidad pedir ayuda cuando tienen problemas emocionales, aunque éste tampoco es un dato que deba generalizarse, conviene tomarse en cuenta a la hora de reconocer la población con mayor facilidad de aceptar el apoyo emocional.

Sin embargo, la atención psicológica es trascendental en enfermos crónicos que presentan depresión como resultado de ésta situación, ya que su recuperación puede estar altamente influida por su estado emocional, Natividad Criado, (citada por A. Ledesma Jimeno y L. Melero Marcos, 1989, p.58), expresa su convencimiento acerca de que los factores psicológicos (emociones, sentimientos, vivencias, cogniciones, etc.) y los factores sociales (a través de aprendizajes en ambientes macro y micro sociales) pueden alterar la propia biología del sujeto y ejemplifica estudios e investigaciones en el campo de la medicina, referidos a procesos somáticos, que han demostrado el influjo de dichos parámetros psicológicos en la remisión de enfermedades como el cáncer y afirma que existe la influencia psicológica en las enfermedades consideradas estrictamente somáticas; así como la necesidad de integrar y tener en cuenta los diferentes sectores personales en cualquier tipo de investigación.

La resultante directa de las intervenciones multidisciplinarias colocan énfasis particular en la regulación dinámica de los niveles biológicos, psicológicos y sociales, lo que pone en contacto inmediato con la personalidad del individuo, la cual no es más que la integración, fusión y articulación de sentimientos, afectos, emociones, vivencias, imágenes del self, identificaciones, cogniciones, etc., que se expresarán en el modo de ser, de sentir, de pensar y de comportarse del sujeto, (Marmorstein J. y N., 1983).

Desde la praxis terapéutica se han considerado para obtener un nivel mayor de eficacia: Una terapia psicofarmacológica, que es necesaria e imprescindible en la mayor parte de los casos. Una terapia psicológica, de orientación dinámico-cognitiva, adaptada a cada sujeto y a cada situación, sin negar, por supuesto, la utilización de otro tipo de técnicas que pueden estar indicadas. Y una terapia social que introducirá cambios situacionales y orientará los cambios en las actitudes inadecuadas del entorno, que pueden estar sustentando la situación depresiva, con ganancias compensatorias más o menos encubiertas, (A. Ledesma Jimeno y L. Melero Marcos, 1989).

Es decir, el tratamiento psicoterapéutico, debe estar enfocado a promover la reestructuración de pensamientos y comportamientos que promuevan la aceptación de la nueva condición de enfermedad crónica, de adherencia al tratamiento farmacológico, y sustitutivo en el caso del enfermo con insuficiencia renal crónica, de tal manera que los cambios resultantes de ésta intervención, estén dirigidos a mejorar constantemente su calidad de vida, sin descartar la utilización de otras técnicas que mejoren la integración de estos individuos en su rol social y familiar.

A. Ledesma Jimeno y L. Melero Marcos, (1989), consideran tres modalidades terapéuticas, en atención especialmente a los procesos psicológicos a los que atribuyen la génesis del comportamiento depresivo: la corriente intrapsíquica o psicodinámica, la corriente conductual y la corriente conductual-cognitiva.

Desde el punto de vista intrapsíquico psicoanalítico y conductual, A. Ledesma Jimeno y L. Melero Marcos, (1989) refieren que:

La orientación psicopatológica psicoanalítica comparte con la corriente psiquiátrica organicista el supuesto de la existencia de enfermedades mentales, entendidas como problemas comportamentales individuales (...) Según Freud, la depresión es una enfermedad mental exclusivamente psicológica, siendo los trastornos mentales depresivos resultados de los traumas o frustraciones producidos en fases tempranas de la vida, y de connotación especialmente hedónica.

(...) Según ello, las técnicas psicoterapéuticas analíticas se aplican, con cierta desatención de la sintomatología concreta, a la comprensión y tratamiento de los trastornos de la afectividad, como frustraciones sufridas en relación con los objetos gratificantes, como la afectividad analítica, como las regresiones a niveles pre-genitales de la libido, u otras variantes, con el objetivo de liberar las fuerzas impulsoras inconscientes que determinan la conducta depresiva y, en consecuencia, reestructurar la personalidad mediante el descubrimiento de los procesos internos que operan a nivel inconsciente y subyacen a tales trastorno, (p.108-109).

Cabe mencionar que las críticas comunes y generalizadas cuestionan la validez científica de la teoría psicodinámica intrapsíquica, ya que se formula a través de términos empíricos, y no permiten observar las correlaciones entre la conducta sintomática y los procesos psicodinámicos subyacentes, de igual manera su efecto terapéutico ha sido fuertemente criticado por su ineficacia, y por lo antes descrito.

Desde el punto de vista conductual, A. Ledesma Jimeno y L. Melero Marcos, (1989) señalan que:

La corriente psicoterapéutica conductual desarrolla una teoría explicativa de las conductas anormales consideradas como comportamientos desajustados aprendidos por el sujeto en el medio ambiente. En tal sentido, la psicopatología entra a formar parte de la psicología experimental que investiga el problema de la explicación, predicción y terapia modificadora de la conducta anómala en el ambiente. (...) Ciertamente, la evolución histórica del modelo de Modificación de Conducta ofrece un amplio panorama de orientaciones técnicas, imposibles de recopilar en breves líneas, constatándose una especie de reto constante hacia el perfeccionamiento de técnicas terapéuticas que resulten eficaces para problemas conductuales y áreas patológicas específicas, (p.109).

La efectividad de la Terapia Cognitiva Conductual (TCC), respecto a su empleo en enfermos con depresión, ha sido demostrada a través de un estudio realizado en el Downstate Medical Center en New York (2006, citado por Orellana y Munguía, 2008)), en el cual, después de iniciar la terapia, el índice de depresión de Beck disminuía de 28.9 puntos a 18.5 después de 15 semanas con sesiones de una hora semanal y de 18.8 puntos en el seguimiento de los tres meses, con estos resultados se hace evidente lo ya señalado.

Los principales tratamientos de la depresión, que se derivan de las aproximaciones antes esbozadas, son:

1) El decremento en eventos desagradables e incremento en actividades placenteras, (Lewinsohn, Sullivan y Grosscup, 1980). La meta de esta aproximación, basada en la aproximación del reforzamiento, es enseñar a las personas deprimidas habilidades que pueden usar para cambiar sus patrones de interacción problemáticos y las habilidades necesarias para mantener esos cambios después de la terminación de la terapia. Se utiliza una gama amplia de estrategias conductuales y cognitivas como es la asertividad, entrenamiento en relajación, planeación diaria de actividades, administración del tiempo y procedimientos cognitivos que permita a la persona encarar más adaptativamente situaciones aversivas.

2) Terapia cognitiva. La terapia cognitiva busca ayudar al paciente a identificar los pensamientos y esquemas que sostienen patrones recurrentes de pensamientos negativos estereotipados y en encontrar errores de estilo en el pensamiento (Rush, Beck y cols., 1978). Las sesiones terapéuticas, regularmente, conjugan técnicas conductuales como son los programas de actividad, clasificación y ejecución de actividades placenteras, el entrenamiento asertivo, el juego de roles con el fin de atacar la pérdida de la motivación del paciente, la inactividad y la preocupación con ideas depresivas. De igual manera, se hace énfasis en que el paciente reconozca sus éxitos parciales, sus grados pequeños de placer y se le ayuda a revalorar sus creencias negativas; además, la terapia se enfoca a examinar la relación cercana entre sentimiento, conducta y pensamientos.

3) Terapia de auto-control. La teoría del auto-control de la depresión de Rehm (1977), enfatiza la importancia del reforzamiento y el castigo auto-administrado. El tratamiento consiste de sesiones en donde se le enseña a los sujetos habilidades como el auto-monitoreo, la auto-evaluación y el auto-reforzamiento.

Estas tres terapias, suelen ser las predominantes en el tratamiento de la depresión, además de que poseen elementos comunes; sin embargo, existe aun controversia acerca de los componentes de las mismas que son críticas al éxito. Después de una extensa revisión de los resultados con dichas terapias,

los autores Zeiss, Lewinsohn y Muñoz (1979), concluyeron que toda terapia de corto plazo debe incluir lo siguiente:

- 1) La terapia debe comenzar con una fundamentación racional de los componentes a implementar y su planeación.
- 2) La terapia debe aportar habilidades que el paciente puede utilizar para sentir más efectividad y control en el manejo de su vida diaria.
- 3) La terapia debe enfatizar el uso independiente de esas habilidades por el paciente, fuera del contexto de la terapia, con una estructura que permita el desarrollo de otras habilidades al paciente de manera independiente también.
- 4) La terapia debe estimular la atribución del paciente en que la mejora en su estado de ánimo, así como el incremento de su actividad es el resultado del desarrollo de sus habilidades y esfuerzo, y no por la obra y gracia del terapeuta, (pp. 427-439).

Las intervenciones psicosociales también suelen ser ampliamente solicitadas por muchos pacientes y constituyen una de las recomendaciones clave en las pautas actuales para el tratamiento de la depresión, National Institute for Clinical Excellence UK (NICE, 2004).

De hecho, una investigación reciente, describió que la estrategia emocional más frecuentemente empleada por esta población es la reevaluación cognitiva, ya que quienes la utilizan cursan con menor ansiedad, expresión y experimentación de emociones negativas; además, obtienen mayor aceptación de la enfermedad, así como la vivencia de emociones positivas, (Deighan, y cols., 2008).

A través de la exposición previa se ha deseado presentar una revisión general de las principales aproximaciones cognitivo-conductuales que abordan la depresión pero es importante no dejar de considerar la relevancia de los factores fisiológicos en la misma, sobre todo en éste caso.

Siendo una enfermedad crónica es fundamental que el paciente tenga la mejor información posible sobre su problema. De tal manera que el paciente y el médico, estén de acuerdo con el diagnóstico y con el tratamiento.

Los grupos de autoayuda son una herramienta fundamental, para el manejo de la depresión y la adherencia al tratamiento sustitutivo, ya que a través de ellos es posible trabajar mediante el logro de metas, tales como:

- Incrementar la adherencia a la medicación
- Enseñar a reconocer los síntomas de las crisis
- Retrasar las recaídas
- Disminuir las hospitalizaciones
- Mejorar el funcionamiento familiar y social
- Aumentar la calidad de vida

Si sumado a las metas descritas y a la participación psicoeducativa del psicólogo, se integran las técnicas terapéuticas Cognitivas Conductuales, dentro de este grupo de autoayuda, es probable que se logren con mayor rapidez y precisión, la disminución de los niveles de depresión, el manejo de emociones negativas, la aceptación de la enfermedad y la adherencia terapéutica, ya que un factor determinante de apoyo, sería el hecho de que los enfermos renales y sus familias, tendrían acceso a esta información y además de identificarse con otros como iguales y aprender de sus experiencias.

El saberse igual a otros, es decir, en la misma situación de enfermedad, y sentirse perteneciente a un grupo de personas que viven o han vivido por procesos similares, promueve en el enfermo no sólo su relación social con el mundo, sino su participación activa en el curso de la enfermedad, disminuyendo los sentimientos de inutilidad y esclareciendo la posibilidad de tener una mejor calidad de vida, siempre y cuando él y sus redes de apoyo se responsabilicen y comprometan en sus funciones dentro del tratamiento.

Asimismo, los pacientes que se adaptan mejor al tratamiento presentan un nivel intelectual alto, una mejor adaptación a la ansiedad y a las dificultades emocionales, menor tendencia al acting out, participación en actividades

vinculadas a la problemática que padecen, como campañas de transplante de órganos y además cuentan con la continencia familiar adecuada.

Los grupos de autoayuda y grupos de apoyo, varían ampliamente en calidad y filosofía, según la habilidad de las personas que lo dirigen (sí es que alguien los dirige) y la conciencia de sí mismo en sus miembros. Los grupos proporcionan orientación, apoyo emocional, sugerencias de mayor ayuda y una salida social para las personas que estén muy aisladas. El grupo recuerda al paciente que no es el único, que otros individuos han pasado por una experiencia igual y no que no obstante han logrado mejorar su calidad de vida.

En los grupos dirigidos por los terapeutas, el papel de estos cambiara a medida que los miembros del grupo se vuelvan más fuertes y más hábiles para asumir responsabilidades, y su participación será en consecuencia de las necesidades que la población a la que dirige requieran. Es precisamente de estos grupos, de los que se hablará con mayor detenimiento a continuación, ya que la propuesta de éste trabajo, está dirigida justamente al grupo de autoayuda.

3.4. GRUPO DE AUTOAYUDA

Las vivencias emocionales compartidas dentro de un grupo y la catarsis generalmente colectiva, son parte de la humanidad y de su historia, si se retoman generacionalmente las prácticas sociales determinadas desde distintas épocas, ya sea en cultos basados en la religión, espectáculos deportivos, de entretenimiento, culturales o en festividades. Sin embargo en el encuadre médico y psicológico, su aplicación terapéutica es relativamente nueva, la psicoterapia de grupo es por así decirlo, una invención del siglo, contemporánea y dentro de ésta se incluyen los grupos de autoayuda.

Desde sus inicios, los grupos de autoayuda han formado su perfil desde ideas aparentemente sencillas pero con gran profundidad, tales como el hecho de que las personas comunes con problemas o situaciones similares se reúnen, comunicando sus perspectivas y aprendiendo unos de otros, sin la

presencia necesaria de profesionales que les dirijan, estableciendo ellos mismos ese espacio, bajos sus condiciones y prioridades, así lo refieren Kaplan y Sadock (1996).

Estos mismos autores, Kaplan y Sadock (1996), afirman que pese a la definición tradicional de los grupos de autoayuda basada en el liderazgo de los propios miembros del grupo, la profesionalización de los grupos de autoayuda, es decir la participación activa de un profesional de la salud mental dentro de este mismo grupo, puede tener efectos importantes en la manera en que tales grupos proporcionan apoyo a sus integrantes y en sus consecuencias derivadas principalmente de los sentimientos de los participantes sobre el dominio, el control y el engrandecimiento, situación que se ajusta más en la práctica diaria, de otra manera, la participación profesional dentro del grupo de autoayuda, es mucho más común y relevante en la realidad actual, y proporciona al mismo tiempo una mejora visible en cuanto al desempeño y manejo del grupo en sí.

El autor Lieberman, M A, (1986) encontró que “todos los prototipos grupos de autoayuda tienen el denominador común de ser un conjunto de personas con grandes necesidades personales entre ellas la de compartir si dolor en público” (p.1).

Cabe mencionar que tal como alude Antze, 1976 (citado en Kaplan y Sadock, 1996), los grupos de autoayuda crean experiencias, tales como el sentido de la comprensión y la esperanza, así como el hecho de sentirse amado, siempre y cuando se tenga presente la pretensión de que éstas sean terapéuticas. De la misma manera constituyen sistemas de reestructuración cognitiva con una ideología elaborada sobre la causa y las fuentes de las dificultades y de cómo los miembros deben analizar sus dilemas para obtener ayuda. Sin olvidar que además son medios con un lazo social en el que la gente crea relaciones entre sí, desde esa perspectiva, los grupos de autoayuda facilitan la integración y el soporte social.

3.4.1. GENERALIDADES DEL GRUPO DE AUTOAYUDA.

Ahora bien, según lo puntualizan Kaplan y Sadock (1996), los grupos de autoayuda comparten tres componentes primordiales:

- El ímpetu de la necesidad manifestada por las personas que se unen a estos grupos.
- El requisito de compartir algo personal, sin importar lo superficial que parezca.
- Y la analogía de su sufrimiento, sea real o imaginario.

Estos mismos autores señalan que el alto nivel de cohesión, la semejanza percibida, y la idea real de que los integrantes del grupo son distintos de los demás que se encuentran fuera de este, sobresale el hecho de sentirse parte activa del grupo. Incluso este tipo de grupos frecuentemente se retoma las particularidades de un grupo primario, es decir puede llegar a ser más familiar, y sirve como un nuevo grupo de referencia. Estos elementos proporcionan a los miembros apoyo, aceptación y normalización de aquello que les aqueja. Promueve la sensación de que entre ellos pueden llegar a la comprensión y a la ayuda mutua, Lieberman, 1986 (citado en Kaplan y Sadock, 1996).

El potencial que el grupo tiene para motivar la expresión de emociones, está basado principalmente en la experiencia que los integrantes tienen de encontrarse frente a frente entre subgrupos más reducidos, sin embargo cabe mencionar que esta estimulación emocional no suele ser del agrado de todos los que se integran al grupo de autoayuda, lo que provoca que quienes se sienten ajenos a tanta intensidad afectiva abandonen el grupo o incluso puede generar la desventaja de que algunos se sumerjan en un lamento perpetuo.

Los miembros del grupo, no solo comparten sus comportamientos y sensaciones sobre las situaciones que consideran relevantes, sino que también las comparan, es justamente de estas comparaciones de donde se obtiene la facilidad de cuestionar la identidad e incluso de redefinir nuevas opciones de sentir, percibir, y comportarse. Lo que genera que en un ambiente

emocionalmente cargado, la información que se comparte entre los individuos que son parte del grupo, les ayude a redefinir la forma en que otros bajo la misma situación, la perciben y la manejan, de ahí que el marco cognitivo sea compartido y la apertura de opciones de solución se amplíe, esta característica se vuelve esencial en el grupo de autoayuda y primordial para promover resultados positivos.

En cuanto a la forma de seleccionar a sus integrantes, los grupos de autoayuda han sido criticados, ya que en la mayoría de estos se admite a todo aquel que acuda, lo que delimita también entre el que ayuda y el que es ayudado, sin embargo, es justamente ahí donde radica el equilibrio de estos, pues algunos individuos necesitan compañía y comprender a los demás, mientras que otros requieren un sitio donde manifestar dolor e ira, algunos más se integran para replantearse como analizan sus problemas y otros incluso pueden vivir una depresión prolongada. Esto también, según lo informan algunos críticos limita la utilidad de los grupos de autoayuda y puntualizan que bajo estas condiciones, existe la posibilidad de que el deterioro de un individuo sea mayor.

Ya que los grupos de autoayuda son una de las formas con mayor importancia para proporcionar apoyo a las personas, los autores G. Mellinger y M. Baller, 1983 y Lieberman, 1986 (citados en Kaplan y Sadock, 1996), afirman a través de los hallazgos en sus investigaciones, que los grupos de autoayuda son la principal fuente de ayuda para una amplia gama de problemas físicos y emocionales.

En cuanto a la participación profesional dentro del grupo de autoayuda, según lo refieren Kaplan y Sadock (1996), ésta proporciona cuatro estrategias específicas: legitimidad, la transferencia de tecnología, consulta y desarrollo de nuevos grupos.

Legitimidad. Los profesionales en este sentido pueden desarrollar un papel importante, ya que los encargados de la salud, transmiten a los grupos de autoayuda la legitimidad dada a ellos por la sociedad. Los terapeutas de grupo implementan estrategias tan sencillas como remitir a un grupo de autoayuda cuando esté indicado y respaldar las derivaciones, para

proporcionar legitimidad, sin la cual los grupos se vuelven introvertidos, pierden fuerza y vitalidad, generando en muchos casos su desaparición en poco tiempo.

Transferencia de Tecnología. La provisión de herramientas técnicas para aquellos que no son profesionales, es la participación más usual y la que surge naturalmente del conocimiento profesional del psicoterapeuta de grupo. Los grupos de autoayuda son ventajosos y ofrecen una alternativa a la ayuda profesional, de aquí lo relevante consta en promover la variedad del servicio, más allá de decidir qué es lo mejor.

Consulta. La mayor parte de los grupos de autoayuda, reciben la aportación profesional de manera adecuada, existen dificultades constantes de estos grupos que pueden resultar frecuentemente beneficiadas de esta aportación, una de ellas es el qué hacer con un individuo que presenta una psicopatología seria, ante lo cual, los terapeutas poseen distintas herramientas desarrolladas y métodos para tratar de manera especializada a este tipo miembros. Por otro lado, como parte de un grupo, es posible que éste experimente conflictos internos en cuanto al manejo del mismo, es ahí otra participación importante la que el terapeuta puede realizar.

Desarrollo de nuevos grupos. Justamente la creación de nuevos grupos de autoayuda, como una opción de expandir un servicio de apoyo a una gama más amplia de situaciones y dificultades, es una de las aportaciones más complicadas, pero talvez una de las más gratas que un terapeuta puede hacer.

Desde el comienzo de este tipo de autoayuda, los profesionales han jugado un papel primordial, tanto en la iniciativa como en el proceso de consolidación de estos grupos, de ahí que la participación de los mismos, sea posiblemente un sinónimo de mejores resultados y mayor éxito, siempre y cuando se tenga presente la delgada línea entre lo que el terapeuta hace y lo que ofrece el grupo de autoayuda.

El grupo terapéutico, como en este caso es el grupo de autoayuda, brinda la posibilidad de encontrarse con otros que están pasando por una situación similar o igual, en un ambiente de apoyo mutuo con la finalidad de

mejorar el manejo de las consecuencias de sus enfermedades en ellos mismo y en quienes les rodean.

El autor Gustav Le Bon (1920) observó que las personas que forman parte de un grupo, regularmente se sienten con mayor fuerza y mas sugestionable que fuera del ambiente grupal, además de vivir emociones más intensas y transmitir las.

El poder curativo de los grupos de autoayuda, específicamente de aquellos dirigidos por profesionales de la salud mental, para enfermos físicos, como en este caso de los enfermos con insuficiencia renal crónica, puede entenderse mejor desde el punto psicosocial de la enfermedad, ya que solo la posibilidad de encontrar apoyo social favorece en gran medida el enfrentamiento de la enfermedad como tal.

Es muy probable que esta experiencia disminuya los sentimientos de soledad y el aislamiento, y facilita un sentido de conexión positiva con los demás, sumado a que les da la oportunidad de observar como otras personas en la misma situación, se están enfrentando a la enfermedad. De igual manera, el grupo promueve la catarsis respecto al hecho de estar enfermo, lo que representa para el paciente una oportunidad que regularmente no obtienen en su estado físico.

De hecho, en cuanto a la terapia de grupo, los pacientes con diferentes condiciones físicas han mostrado mejoría. En este caso Lubell, 1976, (citado en Kaplan y Sadock, 1996) "Los estudios incluyen a pacientes en diálisis"(p. 511), en este caso en particular el grupo de autoayuda debe comprender componentes educativos, así como exploratorios de las emociones y el manejo de la insuficiencia renal crónica, es por eso que la propuesta de este trabajo, va dirigida al grupo de autoayuda para enfermos con insuficiencia renal crónica, y está diseñada de tal manera que resulte beneficioso para aquellos que atraviesan por esta misma situación, con el objetivo de que a través del conocimiento de la insuficiencia renal crónica y la aceptación de la enfermedad, resulte la adherencia terapéutica como la opción más viable de mejorar la calidad de vida.

Cuanto más dificultades tiene el paciente para manejar y adaptarse a una enfermedad, tal y como resulta la insuficiencia renal crónica, es muy probable que esté más motivado para participar dentro de un grupo, y de esta manera puede obtener más de la experiencia. La principal motivación del enfermo físico reside en aprender de su enfermedad y a desarrollar maneras para enfrentarse a ella.

Ahora bien una vez que tienen la suficiente información para comprender su enfermedad, y han conocido a otros pacientes, comentado síntomas, a menudo desean aprender más de sus emociones y de la participación de éstas en su estado de salud, Kaplan y Sadock, (1996).

Tomando en cuenta todo lo anterior y para fines de esta propuesta, se considerará la idea de que los grupos de autoayuda son pequeños sistemas con gran interacción frente a frente. Las personas se unen a tales organizaciones en una circunstancia de importantes carencias personales y requieren compartir temáticas y emociones que se creen generalmente propios y privados, transportando esto a trascendentales efectos para los que participan dentro del grupo. Se encuentran frente a un número de extraños que regularmente, difieren entre ellos mismos, a excepción de una característica propia, es decir, el problema o situación en común.

PROPUESTA PROFESIONAL DE INTERVENCIÓN

4. PROPUESTA DE UN TALLER DE AUTOAYUDA Y MANEJO DE LA DEPRESIÓN DIRIGIDO A PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Justificación:

El estado emocional en los enfermos con Insuficiencia Renal Crónica, específicamente la depresión secundaria a la situación de enfermedad, tiene efectos directos en la adherencia al tratamiento, la aceptación de la enfermedad y el curso de la misma, lo que repercute totalmente en la calidad de vida del paciente.

La depresión sumada a la insuficiencia renal genera en el paciente sentimientos de desesperanza y soledad, que representan la enorme necesidad por parte de éste del apoyo psicológico, inicialmente por la desinformación que tienen acerca del padecimiento y del tratamiento, como por la prevalencia de pensamientos irracionales, disminución de actividades agradables, redes de apoyo conflictivas o aislamiento social.

Con fundamento en lo ya antes expuesto, surge la necesidad de crear un taller que tenga la finalidad de promover en esta población, la aceptación de la insuficiencia renal crónica a través del apoyo psicoeducativo, la expresión y el manejo de emociones, la planeación de actividades agradables y la identificación y la reestructuración de pensamientos irracionales, que regularmente sostienen patrones recurrentes de ideas negativas estereotipadas, de tal manera que se identifiquen y se redefinan a pensamientos racionales, que promuevan la reflexión y el comportamiento activo del paciente en el mejoramiento de su calidad de vida.

Asimismo, el grupo de autoayuda, no sólo fomentará la reeducación en cuanto a los cambios en los hábitos del paciente, sino que a través de la identificación del enfermo con otros de su misma condición, se promoverá una nueva red de apoyo, el reforzamiento de la adherencia al tratamiento, la aceptación de la enfermedad y el compromiso personal en la mejora de su calidad de vida.

Objetivo General:

Que el paciente con insuficiencia renal crónica aprenda estrategias para mejorar su estado emocional depresivo y su calidad de vida, como parte del proceso de aceptación de la enfermedad.

Objetivos específicos:

Informar de manera clara y veraz a los participantes, acerca de lo que es la insuficiencia renal crónica.

Reflexionar acerca del efecto directo que tiene la participación activa del paciente en el curso de la enfermedad renal.

Promover la expresión y el manejo adecuado de las emociones que la situación de enfermedad les genera a los usuarios.

Identificar y reestructurar ideas irracionales que generen emociones negativas al enfermo con insuficiencia renal crónica.

Establecer la importancia de la participación del enfermo con insuficiencia renal crónica en actividades agradables.

Delimitar la responsabilidad del paciente en la mejora de su calidad de vida.

Concientizar al enfermo del efecto directo que tiene la adherencia terapéutica en el curso de la enfermedad renal.

Disminuir los niveles de depresión secundarios a la situación de enfermedad.

Promover el mantenimiento y establecimiento sano de sus redes de apoyo social.

Prevenir las recurrentes hospitalizaciones debidas a la resistencia por parte del paciente en el apego al tratamiento y al estado emocional depresivo.

Evaluar el grado en que cada paciente ha asimilado los elementos del taller.

Población: Un grupo de 10 a 15 personas que estén diagnosticados con insuficiencia renal crónica.

Criterios de inclusión:

Hombres y mujeres de 18 a 65 años de edad

Diagnosticados de Insuficiencia Renal Crónica y que se encuentren en tratamiento conservador o que ingresan de primera vez a un tratamiento sustitutivo.

Derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social que pertenezcan al Hospital General Regional #1 “Vicente Guerrero” ubicado en la ciudad de Acapulco, Guerrero.

Que deseen integrarse o sean miembros del grupo de autoayuda “unidos para la vida” adscrito al Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General Regional #1 “Vicente Guerrero” ubicado en la ciudad de Acapulco, Guerrero y que cuenten con el consentimiento informado de integrarse al taller.

Que presenten Depresión leve, secundaria a la situación de enfermedad.

Que tengan una escolaridad mínima de nivel primaria.

Escenario: Un aula limpia, amplia y cerrada, con ventilación e iluminación y que cuente con 16 sillas y tres mesas.

Instrumento de evaluación: Se aplicará el cuestionario “Que conoces de la insuficiencia renal crónica y su relación con la depresión”, el cual fue diseñado en el Hospital General Regional #1 “Vicente Guerrero” por la autora de la presente tesina. Se hará uso del mismo como PRETEST al inicio del taller y como POSTEST al final.

Material: Computadora, cañón, diapositivas, gafetes en blanco, plumones negros delgados, lápices, dados, una charola, 3 premios pequeños pero de distinta equivalencia, colores, video testimonial, música relajante, reproductor de CD, bola de estambre, hojas blancas y anexos.

Procedimiento: Con un total de 16 horas, la propuesta se desarrollará de la siguiente manera:

1^a. Difusión.

2^a. Muestra.

3^a. Consentimiento (Los participantes firmarán el consentimiento informado de su participación voluntaria dentro del taller).

4^a. Pretest.

5^a. Taller.

6^a. Postest

El taller se aplicará en 8 sesiones semanales de 2 horas cada una, las cuales se detallarán en la siguiente carta descriptiva.

CARTA DESCRIPTIVA

SESIÓN 1

OBJETIVO: Definir la insuficiencia renal crónica e integrar el grupo.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	DURACIÓN
Aplicación del Pretest “Qué conoces de la IRC y su relación con la Depresión” (ANEXO 1)	A través del cuestionario “Qué conoces de la IRC y su relación con la Depresión” (ANEXO 1) se evaluarán conocimientos previos de los participantes acerca de la insuficiencia renal y su relación con la depresión. El psicólogo aclarará dudas en relación a las preguntas.	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario impreso para cada participante, (ANEXO 1) • Lápices para cada participante 	20 min.
Presentación y establecimiento de reglas del grupo:	El psicólogo a cargo presentará la finalidad del taller y las reglas del grupo. Promover la participación de los participantes.	<ul style="list-style-type: none"> • Computadora • VPL • Diapositivas 	10 min.
Dinámica de Presentación “Conocerse entre sí” (Zavala R., s.f.):	Dar 5 minutos a los participantes, para que escriban en su gafete: su nombre y 5 frases breves que hablen de sí mismo. Integrar grupos de 3 para que lean entre ellos los gafetes y se hagan preguntas, a intervalos realizar cambio de compañeros.	<ul style="list-style-type: none"> • Gafetes en blanco • Plumones negros delgados 	20 min.
R E C E S O			10 min.

CONTINUACIÓN DE SESIÓN 1

<p>Ponencia por parte del facilitador: ¿Qué es la IRC?</p>	<p>El psicólogo hará una exposición acerca de lo que es la Insuficiencia Renal Crónica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Computadora • VPL • Diapositivas 	<p>25 min.</p>
<p>Dinámica: “Círculo de preguntas” (Zavala R., s.f.):</p>	<p>Los participantes harán un círculo, uno de ellos se situará en el centro. El facilitador lanzará una pregunta del tema expuesto a quien sea el “centro” y éste señalará a alguien del círculo diciendo: “izquierda” o “derecha”. La persona que esté de ese lado de quien señaló tendrá que responder. Si no responde o lo hace incorrecto, pasará a ser el centro del círculo.</p>	<p style="text-align: center;">Ninguno</p>	<p>20 min.</p>
<p>Cierre de la sesión</p>	<p>Todos los participantes expresarán brevemente lo que aprendieron y la forma en que pueden aplicarlo a su vida. La participación del facilitador estará sujeta a la promoción de la participación y la importancia de aplicar lo aprendido a su vida.</p>	<p style="text-align: center;">Ninguno</p>	<p>15 min.</p>

CONTINUACIÓN DE LA CARTA DESCRIPTIVA

SESIÓN 2

OBJETIVO: Orientar la identificación de ideas, actitudes y la forma de relacionarse con los demás cuando el estado emocional es triste o depresivo.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	DURACIÓN
Dinámica energizante: “El grito” (Zavala R., s.f.):	Crear un clima de relajación en los participantes, a través de respiraciones profunda con los ojos cerrados. Pedirles un grito fuerte, para energizar el inicio de un nuevo aprendizaje.	Ninguno	10 min.
Presentación: “Diferencias entre sentirse triste y estar deprimido”	El psicólogo expondrá los conceptos y las diferencias entre tristeza y depresión. Utilizar imágenes para explicar las diferencias de ambos conceptos.	<ul style="list-style-type: none"> • Computadora • VPL • Diapositivas gráficas 	30 min.
R E C E S O			10 min.
Esquema explicativo: “El triángulo de la depresión” (ANEXO 2)	A través de la explicación del esquema “El triángulo de la depresión” (ANEXO 2) esclarecer a los individuos del grupo la relación existente entre pensar-actuar-sentir.	<ul style="list-style-type: none"> • Computadora • VPL • Diapositiva • Esquema: “El triángulo de la depresión” (ANEXO 2) 	20 min.
Plenaria grupal: “Depresión es” (ANEXO 3)	En círculo los miembros del grupo expresarán su concepto actual de depresión. El facilitador realizará las preguntas de la hoja titulada “Depresión es...” (ANEXO 3). Todos expresarán y compartirán al grupo sus respuestas, en relación con su enfermedad y como se sienten respecto a la Insuficiencia Renal Crónica.	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja titulada “Depresión es” (ANEXO 3) 	50 min.

CONTINUACIÓN DE LA CARTA DESCRIPTIVA

SESIÓN 3

OBJETIVO: Promover la identificación y reestructuración del tipo de pensamientos que los usuarios tienen y su efecto en la conducta de cambio necesaria para mejorar en su calidad de vida

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	DURACIÓN
Dinámica de activación: "Los dados" (Zavala R., s.f.):	Cada participante lanzará los dados sobre la charola. Los que obtengan pares ganarán uno de los premios existentes o podrán quitárselo a quien ya lo haya obtenido Al culminar el tiempo, los que tengan un regalo se quedarán con él.	<ul style="list-style-type: none"> • Un par de dados • Una charola • 3 premios pequeños, pero de distinta equivalencia. 	15 min.
Presentación: "El efecto de los pensamientos"	El facilitador expondrá el concepto de pensamiento, los tipos que hay y su influencia a nivel corporal, conductual y anímico.	<ul style="list-style-type: none"> • Computadora • VPL • Diapositivas 	35 min.
R E C E S O			10 min.
Explicación del "Autoregistro de Pensamientos Positivos y Negativos en la IRC" (ANEXO 4) (basado en Muñoz, Aguilar-Gaxiola, Guzmán, 2000)	El facilitador entregará a cada usuario un "Autoregistro de pensamientos negativos y positivos en la IRC" (ANEXO 4). Explicará la forma en que deben llenarla semanalmente y la importancia de cumplir con las tareas. Aclarar dudas de los participantes.	<ul style="list-style-type: none"> • "Lista de pensamientos negativos" • "Lista de pensamientos positivos" (ANEXO 4) 	20 min.
Actividad: "Mis posibilidades de cambio" (ANEXO 5)	Entregar a los participantes la hoja titulada "Mis posibilidades de cambio". (ANEXO 5) El psicólogo explicará la clasificación y selección de las tres opciones que se plantean, para mejorar el control de su enfermedad renal En grupos de 3, concluir lo necesario para lograr el cambio, revalorar lo que se clasificó como no posible y exponerlo al grupo.	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja "Mis posibilidades de cambio" (ANEXO 5) • Lápices 	40 min.

CONTINUACIÓN DE LA CARTA DESCRIPTIVA

SESIÓN 4

OBJETIVO: Estimular la reflexión y el sentido de responsabilidad de los participantes, en relación a los cambios necesarios en la forma de vida, como parte de la aceptación de la enfermedad.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	DURACIÓN
Plenaria grupal	<p>Revisión breve por el facilitador, del cumplimiento individual de las listas de pensamientos negativos y positivos.</p> <p>Cada integrante compartirá al grupo, el tipo predominante de pensamientos y la emoción que prevaleció en él.</p> <p>Se hará énfasis en la relación entre pensamiento-emoción.</p> <p>Reforzar importancia en el cumplimiento semanal de tareas.</p>	NINGUNO	20 min
<p>Explicación del método A-B-C-D</p> <p>“Dialogando con mis pensamientos” (ANEXO 6) (basado en Muñoz et al. 2000)</p>	<p>El psicólogo a cargo explicará el método A-B-C-D y el significado de cada letra. Dar ejemplos:</p> <p>A= (Evento Activante) Tengo IRC</p> <p>B= (Creencias) “Nadie puede ser feliz si tiene IRC”</p> <p>C= (Consecuencia) Depresión</p> <p>D= (Discusión con el propio pensamiento) “Existen personas con IRC que son tan felices como otras que no tienen IRC.”</p> <p>Entregar individualmente el ejercicio “Dialogando con mis pensamientos” (ANEXO 6), basado en el modelo A-B-C-D</p> <p>Explicar instrucciones y registro semanales.</p> <p>Reforzar la importancia del cumplimiento de tareas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Computadora • VPL • Diapositivas • Formato “Dialogando con mis pensamientos” (ANEXO 6) 	30 min.
R E C E S O			10 min.

CONTINUACIÓN DE SESIÓN 4

<p>Presentación de esquema: "Círculo Vicioso" (ANEXO 7)</p>	<p>El profesional expondrá el esquema "Círculo Vicioso" (ANEXO 7). Explicar el impacto bidireccional de la relación conducta-emoción y de qué manera romper con ese círculo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Computadora • VPL • Diapositivas • Esquema "Círculo Vicioso" (ANEXO 7) 	<p style="text-align: center;">20 min.</p>
<p>Actividad: "Lista de actividades agradables" (ANEXO 8) (basada en Muñoz et. Al 2000)</p>	<p>Repartir a cada integrante la "lista de actividades agradables" (ANEXO 8). Leer la lista en grupo y comentar que piensan respecto a ella. Realizarán la primera instrucción (marca con una X de color, las actividades agradables que te gustaría realizar). Explicar registro semanal y promover la aplicación de lo aprendido en la vida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • "Lista de actividades agradables"(ANEXO 8) • Colores 	<p style="text-align: center;">40 min.</p>

CONTINUACIÓN DE LA CARTA DESCRIPTIVA

SESIÓN 5

OBJETIVO: Fomentar el compromiso personal y la responsabilidad del participante en los cambios necesarios para mejorar su estado emocional y su calidad de vida.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	DURACIÓN
Plenaria grupal	Breve revisión del cumplimiento de tareas, por parte del facilitador. Cada participante compartirá al grupo sus impresiones y resultados totales. Reforzar brevemente la relación pensamientos-emociones y la importancia del cumplimiento de tareas.	NINGUNO	30 min
Presentación: “El valor de la Responsabilidad ”	El facilitador expondrá el concepto de responsabilidad como valor, el efecto que tiene en otros aspectos, como la confianza, madurez, etc. y los niveles que compromete: familiar, profesional, social y hacer hincapié en el personal.	<ul style="list-style-type: none"> • Computadora • VPL • Diapositivas 	25 min.
Retroalimentación grupal.	A través del profesional a cargo, promover la participación de los integrantes respecto al concepto de responsabilidad trasladado a la enfermedad renal y concluir sus beneficios en la calidad de vida.	NINGUNO	20 min.
R E C E S O			15 min.
Ejercicio: “Contrato Personal” (ANEXO 9) (Muñoz et. Al 2000)	El psicólogo explicará la importancia de hacer un contrato personal y la relación emociones-actividades agradables. Coordinar el llenado y la firma del “Contrato Personal” (ANEXO 9). Todos compartirán su objetivo y recompensa con el resto del grupo. Reforzar la importancia del compromiso personal al firmar el contrato.	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja: “Contrato Personal” (ANEXO 9) • Lápices 	30 min.

CONTINUACIÓN DE LA CARTA DESCRIPTIVA

SESIÓN 6

OBJETIVO: Reforzar la responsabilidad de los usuarios respecto las herramientas cognitivas y conductuales para mejorar su estado emocional, adherencia terapéutica y calidad de vida.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	DURACIÓN
Plenaria grupal	Breve revisión del cumplimiento de tareas, por parte del facilitador. Cada participante compartirá al grupo sus impresiones y resultados totales. Reforzar brevemente la relación pensamientos-emociones-conductas y la importancia del cumplimiento de tareas.	NINGUNO	20 min
Retroalimentación "Contrato personal" (ANEXO 9)	Se revisará en plenaria grupal el cumplimiento del "Contrato personal". (ANEXO 9) Después el psicólogo hará la retroalimentación de lo experimentado por los miembros y reforzará la importancia de cumplir objetivos y su impacto en el estado emocional.	NINGUNO	20 min.
Presentación audiovisual "Me quiero-me acepto-me respeto-me cuido"	Reproducción del video "Me quiero-me acepto-me respeto-me cuido", elaborado por el facilitador, con testimonios e imágenes de pacientes que han mejorado su calidad de vida a través de la adherencia terapéutica.	<ul style="list-style-type: none"> • Video " Me quiero-me acepto-me respeto-me cuido" • Computadora • VPL 	25 min.
R E C E S O			15 min.
Retroalimentación	El psicólogo promoverá el análisis de los participantes acerca del video, a través de preguntas como: ¿Qué piensan de lo que ahí observaron? ¿Cómo lo aplicarían a su vida? ¿Qué sentido tiene el cuidado y el apego al tratamiento en la insuficiencia renal crónica? ¿Con qué finalidad deberían mejorar su calidad de vida?	<ul style="list-style-type: none"> • Música relajante de fondo • Un reproductor de CD 	40 min

CONTINUACIÓN DE LA CARTA DESCRIPTIVA

SESIÓN 7

OBJETIVO: Generar la práctica de aspectos cognitivos-conductuales y los de apoyo social para mejorar el impacto que éstos tienen en el estado emocional y en la vida del enfermo con insuficiencia renal.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	DURACIÓN
Plenaria grupal	<p>Se concluirá la revisión del cumplimiento de tareas.</p> <p>Los participantes, compartirán al grupo los cambios que experimentaron y aquello que se les dificultó.</p> <p>El facilitador reforzará la relación pensamientos-emociones-conductas equiparada con los cambios requeridos en la insuficiencia renal y su efecto en la calidad de vida.</p>	NINGUNO	30 min
Presentación de Esquema: “Red de apoyo social” (ANEXO 10) (basado en Muñoz et. Al 2000)	<p>El psicólogo explicará el esquema “Red de apoyo social” (ANEXO 10)</p> <p>Hará énfasis en la importancia de las redes de apoyo social en el estado emocional del enfermo con insuficiencia renal crónica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Esquema: “Red de apoyo social” (ANEXO 10) • Computadora • VPL 	25 min.
R E C E S O			10 min.
Ejercicio: “Mi red de apoyo” (ANEXO 11) (basado en Muñoz et. Al 2000)	<p>Los participantes realizarán el ejercicio “Mi red de apoyo” (ANEXO 11) y comentarán en grupo el papel que juegan sus redes sociales en su estado emocional y de salud.</p> <p>El facilitador promoverá la reflexión y retroalimentación en los usuarios respecto a su actual manera de relacionarse y cómo mejorarla.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio: “Mi red de apoyo” (ANEXO 11) • Lápices 	45 min.
Registro: “Mis contactos” (ANEXO 12) (basado en Muñoz et. Al 2000)	<p>Se explicará a los participantes el registro de la hoja “Mis contactos”(ANEXO 12).</p> <p>Instrucciones: anotar diariamente, el número de contactos que tuvieron con otras personas, si estos fueron negativos o positivos, y la emoción que predominó.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Registro: “Mis contactos” (ANEXO 12) 	10 min

CONTINUACIÓN DE LA CARTA DESCRIPTIVA

SESIÓN 8

OBJETIVO: Fortalecer a manera de conclusión, el establecimiento coherente de la relación cognitiva-conductual con las emociones y la importancia de las redes sociales sanas fuera y dentro del grupo de autoayuda.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	DURACIÓN
Plenaria grupal	Revisión grupal del registro "Mis contactos". Cada participante compartirá a los demás sus conclusiones. El facilitador explicará brevemente la importancia del establecimiento y mantenimiento de relaciones sanas a través del contacto positivo.	NINGUNO	25 min
Dinámica: "Somos una red" (Zavala R., s.f.):	En círculo, un integrante del grupo lanzará la bola de estambre a otro compañero sin soltar el extremo del hilo, éste a su vez la arrojará a otro miembro, manteniendo el hilo agarrado, hasta que se forme un entramado parecido a una red. El facilitador evidenciará la red de apoyo que son ahora como grupo, destacando los aspectos comunes como: la insuficiencia renal crónica, el proceso de aceptación de la misma, el estado emocional secundario a la situación, el aprendizaje y la vivencia del taller e incluso otras de tipo personal.	<ul style="list-style-type: none"> • Bola de estambre 	25 min
R E C E S O			10 min

CONTINUACIÓN DE LA SESIÓN 8

<p>Dinámica de cierre “Una larga y alegre vida” (Zavala R., s.f.):</p>	<p>Los participantes dibujarán una línea del tiempo, el punto inicial será su fecha de nacimiento, el final la posible fecha de muerte y situarán el punto en el que se encuentran ahora con la fecha del día en curso.</p> <p>Del punto presente al pasado escribirán en dos palabras lo que se cree que se ha logrado y del presente al punto de posible muerte cosas que se quieren hacer o experimentar antes de morir.</p> <p>Cada integrante analizará esta línea del tiempo, y dará su conclusión al grupo.</p> <p>El psicólogo fomentará la reflexión de las posibilidades de logro actuales y haciendo énfasis especial en los cambios en el estilo de vida y la participación activa como el medio principal para alcanzarlos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas blancas • Lápices 	<p style="text-align: center;">40 min</p>
<p>Aplicación del Postest “Que conoces de la IRC y su relación con la Depresión” (ANEXO 1)</p>	<p>Cada participante responderá a las preguntas contenidas en el cuestionario “Que conoces de la IRC y su relación con la Depresión” (anexo).</p> <p>En base a los resultados, el facilitador evaluará lo aprendido del taller por los usuarios e identificará a aquellos que requieran atención psicoterapéutica individual de mayor urgencia para el manejo de depresión y aceptación de la enfermedad, de tal manera que continúen con proceso terapéutico individual.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario impreso para cada participante, (ANEXO 1) • Lápices para cada participante 	<p style="text-align: center;">20 min.</p>
<p style="text-align: center;">SUGERENCIA</p>	<p>Se sugiere que el facilitador a cargo del grupo de autoayuda, dé continuidad a través de trabajo grupal y necesidades de los usuarios, haciendo uso de nuevos temas y dinámicas, de tal manera que este taller sea la apertura a un proceso más completo de aceptación y adherencia terapéutica de la IRC.</p>		

CONCLUSIONES

En la insuficiencia renal crónica, los cambios en el estilo de vida se dan de forma drástica, no sólo por la condición misma, sino también por el tipo de tratamiento que se requiere para el control y el mejoramiento de la calidad de vida de quien la padece.

Lo que sucede en los pacientes con insuficiencia renal crónica y que se describe a lo largo de este trabajo, sustenta lo que empíricamente es observable en el área de diálisis de un hospital, donde se hace evidente la demanda de atención profesional multidisciplinaria que se enfoque tanto al restablecimiento de la salud física del enfermo renal, como de la salud mental del mismo, ésta última, es la que da origen a la creación de esta propuesta, haciendo énfasis en las alteraciones psicológicas y emocionales, particularmente depresión, presentes ante la pérdida de la salud física de manera crónica-degenerativa y del tipo de tratamiento que esta condición clínica requiere.

La depresión secundaria a la situación de enfermedad, en este caso de la insuficiencia renal crónica, es un trastorno emocional dado en primer plano por la pérdida de la salud y las afectaciones que tiene en las esferas: familiares, sociales, laborales, económicas y psicológicas de la vida de quienes la padecen, y en segundo plano por la cronicidad de la enfermedad renal, en la que el daño es irreversible,

Por otra parte lo necesario e intrusivo que resulta el tratamiento sustitutivo de diálisis peritoneal, los cambios drásticos de hábitos alimenticios y de higiene, propios del padecimiento, sumados al planteamiento del trasplante renal como la única opción para aumentar las posibilidades de vida a largo plazo, hacen lógica la aparición de sentimientos de tristeza profunda, desesperanza e incertidumbre del futuro, mismos que favorecen la presencia y el agravamiento del estado depresivo, que lejos de resultar adaptativo a la situación, en la mayoría de las ocasiones si no se maneja adecuadamente genera efectos negativos en el curso de la enfermedad, reflejándose en conductas de desapego a los tratamientos sustitutivos, dietéticos, farmacológicos así como comportamientos autodestructivos que pueden provocar la irracionalidad de ideas exageradas de inutilidad, vacío, devaluación de sí mismo, entre otras, lo cual delimita la participación activa de adherencia terapéutica del paciente con insuficiencia renal crónica, afectándose el pronóstico y su calidad de vida.

A través de esta revisión teórica, pude percatarme de que el papel del psicólogo no solo debe limitarse a ser psicoeducativo, sino también debe dirigir su

atención al desarrollo de habilidades por parte del paciente, para que éste logre un manejo adecuado de la depresión, a través de la reestructuración cognitiva y conductual, que disminuyan los niveles de depresión y promuevan conductas de adherencia al tratamiento y la reinserción social, así como el acompañamiento en el proceso de duelo que vive por la pérdida de la salud.

El taller de autoayuda basado en las técnicas cognitivas-conductuales e integrado al grupo de autoayuda, funge como un medio a través del cual el apoyo psicológico integra la participación psicoeducativa, el desarrollo y manejo de habilidades que promueven la aceptación de la enfermedad y la disminución de los niveles de depresión a través de la reestructuración cognitiva, redes de apoyo saludables y en consecuencia conductas de apego al tratamiento, lo que indiscutiblemente mejorará la calidad de vida de los enfermos con insuficiencia renal crónica.

En este sentido, el hecho de promover inicialmente la información necesaria del padecimiento a los enfermos con insuficiencia renal crónica, les proporciona una visión mucho más amplia de lo que está sucediendo, y permite que el panorama catastrófico que de primer momento aparece en ellos, sea minimizado y convertido en participación activa de su enfermedad, propiciando que su apego terapéutico se vea reflejado en relación a su calidad de vida, y de esta manera su aceptación a la situación de enfermedad sea más factible, debido al esclarecimiento de la enfermedad misma, lo cual trae consigo que la depresión secundaria a la situación de enfermedad, sea disminuida y por lo tanto la oportunidad de replantear sus conductas y la manera en que éstas influyen en su estado de su salud.

Aunque la literatura en cuanto a los conceptos de depresión e insuficiencia renal crónica es extensa, los estudios de su correlación son escasos, sobre todo si se toma en cuenta que la mayoría de las hospitalizaciones recurrentes y la mortalidad de esta población se deben en gran medida a las conductas de desapego terapéutico, es entonces primordial que se realicen más investigaciones que pretendan determinar la población con mayor riesgo de presentar alteraciones emocionales, ya que ésta información además de proporcionar datos importantes acerca de las posibles etiologías no médicas de las situaciones que propician éste agravamiento, ayudarían a mejorar la intervención psicológica, propiciando la creación de estrategias que permitan mejorar la calidad de vida del paciente y que le proporcionen mayor seguridad en la adherencia al tratamiento.

ALCANCES Y LIMITACIONES

Tomando en cuenta todas las consideraciones necesarias en la proyección de resultados del taller, se describen a continuación los alcances y limitaciones de esta propuesta:

RESPECTO A LOS ALCANCES:

- La orientación psicoeducativa posibilita la concientización del enfermo de la necesidad de su participación activa en el desarrollo de habilidades que mejoren ambas condiciones de salud.
- El contenido del taller, permite la integración de sus redes de apoyo, para que el aprendizaje y la comprensión sean recíprocos.
- Las dinámicas y actividades que se plantean no implican riesgos de salud para los enfermos con insuficiencia renal crónica, lo que favorece su participación en ellas.
- Las plenarias grupales, ofrecen a los usuarios, la oportunidad de expresar abiertamente sus opiniones o experiencias a los demás, enriqueciendo el aprendizaje personal y la integración del grupo.
- Las actividades están encaminadas a la reestructuración cognitiva, conductual y de inserción social, basadas en el modelo cognitivo-conductual, el cual ha probado ser más efectivo en la disminución de los niveles de depresión.
- Las tareas en casa, son sencillas y se explican con detenimiento de forma grupal, reforzando el cumplimiento de las mismas y la responsabilidad personal que tienen los pacientes en la mejora de su calidad de vida.
- Las pautas entre una presentación teórica y una vivencial, dinamizan y refuerzan el aprendizaje.
- La aplicación del taller dentro de un grupo de autoayuda adscrito al módulo de diálisis y a la consulta externa, permite la captación temprana de enfermos con insuficiencia renal crónica, que requieren una atención más especializada para tratar su estado emocional, así como los beneficios propios que ofrece el grupo de autoayuda.
- La aplicación del cuestionario de evaluación es sencilla, así como la resolución del mismo, posibilitando en gran manera, que el psicólogo obtenga gran

información de cada participante, su calificación y la posible correlación de las preguntas con la información previa con la que los pacientes cuentan. Su aplicación final podrá evaluar los beneficios individuales del taller, equiparado con los resultados iniciales obtenidos por el mismo paciente antes de su participación.

- Los costos y el material necesario, son sencillos y accesibles, lo que posibilita en gran medida su aplicación.

EN CUANTO A LAS LIMITACIONES:

- La urgencia con la que generalmente se requiere el tratamiento sustitutivo, dificulta que dicha orientación se proporcione antes de tomar la decisión y que esto repercuta directamente en la aceptación de la enfermedad y el apego al tratamiento.
- Esta propuesta no incluye soporte emocional direccionado a las demandas de los cuidadores, quienes forman parte esencial en el curso de la enfermedad renal.
- El hecho de que las tareas se realicen en casa, sesga el cumplimiento del trabajo personal del paciente y en consecuencia la efectividad real del taller.
- El taller en sí no generará los mismos resultados en todos los enfermos, ya que esto se dará en función de su nivel de compromiso para mejorar su estado emocional y físico.
- Tampoco se contempla la posible integración de nuevos usuarios, después del inicio de las sesiones del taller, lo que limita el nivel de su efectividad solo a aquellos que asistieron desde el principio.
- Una limitación considerable de esta propuesta, es que el diseño del taller por su contenido y forma de trabajo, no facilita la integración de un enfermo con insuficiencia renal crónica con depresión mayor, ya que se requiere un cierto nivel de compromiso y de habilidades que no siempre son viables en estos pacientes.
- La prevención solo está enfocada a las recaídas o visitas recurrentes hospitalarias, pero no se extiende a la prevención primaria del padecimiento.

REFERENCIAS

- Alarcón Prada A. 2004. La Depresión en el Paciente Renal. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. 33 núm. 003, pp. 298-320.
- Alarcón-Prada A., 2004. *Aspectos Psicosociales del paciente renal*. 2a ed. Bogotá: La Silueta.
- Alizade, A. M. (1996). *Clínica con la muerte*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Amato M. Dante, (2001). *La Insospechada Insuficiencia Renal*. *Periodismo de Ciencia y Tecnología*. Recuperado el 13 de marzo de 2008 de: www.invdes.com.mx/anteriores/Marzo2001/htm/renal.html - 9k
- Ambrosino-Wyszynski A., Wyszynski B., 2005. *Manual of Psychiatric Care for the Medically Ill*. 1a ed. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatry Association APA (1994), DSM - IV. *Manual diagnóstico y estadístico para trastornos mentales*. 3º. Edición. Washington, DC: APA.
- Antze, (1976). En: Kaplan I. Harold y Sadock J. Benjamin (Eds.). (1996). *Terapia de Grupo*. España: Editorial Medica Panamericana, S.A.
- Arietí, S; Bemporad, J (1993) *Psicoterapia de la Depresión*. México: Paidós.
- Asberg M., Montgomery S., Perris C., et al., (1978). *A comprehensive psychopathological psychiatric rating scale (CPRS)*. Acta Psychiatr Scand. Vol. 271, pp. 5-27.
- Ayuso, José; Sáiz, Jerónimo (1981) *Las Depresiones. Nuevas perspectivas clínicas etiopatogénicas y terapéuticas*. Madrid: Importécnica, S.A.
- Baxter, (2003-2007). *Manual de Capacitación del Paciente en Diálisis Peritoneal*. México: Baxter Healthcare Corporation. Recuperado el 24 de enero de 2008 de: www.baxter.com.pr/conditions/sub/insuficienciaarenal.html
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G., (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, A. T., (2006). *BDIII, Inventario de Depresión de Beck: manual*. Buenos Aires: Paidós.
- Bennett P., (2003). *Abnormal and Clinical Psychology*. An introductory text book: Mc Graw-Hill.

- Berman J.S., Neimayer R.A., Robinson L.A., (1990). *Psychotherapy for the treatment of depression: a comprehensive review of controlled outcome research*. (Reporte No. 2200072) 108(1):30-49.
- Botella, J., (2002). *Manual de Nefrología Clínica*. Elsevier: España. p.56
- Bowlby, J. (1993). *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. Barcelona: Paidós
- British Renal Society, (2002). *The renal team a multi-professional renal workforce plan for adults and children with renal disease*. Recuperado el 16 de abril de 2009 de: http://www.britishrenal.org/workfpg/WFP_Renal_Book_with_links.pdf
- Calderón, G. (1999). *Depresión. Un libro para deprimidos y médicos en general*. México: Trillas.
- Cameron JS. (1987). Historical, social and geographical factors: pediatric nephrology in and unjust world. En: Hollyday MA, Barrat TM., Vernier RL. *Pediatric Nephrology*. London: Williams and Wilkins, pp.218-220.
- Calderón, N, G (1984). *Depresión, Causas, Manifestaciones y Tratamientos*. México: Trillas.
- Cassem NH, Bernstein JG., (1997). *Depressed patients*. St. Louis: Mosby. p.87
- Challú A, Burgo R., (1998). *Hacia una nueva nefrología latinoamericana*. Buenos Aires: Talleres Gráficos Santa Fe
- Centro de Apoyo de la APA, (2007). *Enfermedades crónicas*. Recuperado el 12 de mayo de 2008 de: www.centrodeapoyoapa.org/articulos/articulo.php?id=119
- Christensen A.J., Ehlers S.L., (2002). Psychological factors in end-stage renal disease: an emerging context for behavioral medicine research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 70 núm.003, pp.712-24.
- Churchill R., Hunot V., Corney R., Knapp M., McGuire H., Tylee A., et al. (2001). A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. *Journal of Health Technology Assessment*. Vol.5, Núm.3, pp.1-173.
- Cluydts R., Maes M., Schotte C.K., et al., (1997). Construct validity of the Beck Depression Inventory in a depressive population. *Journal of Affect Disord*. Vol. 46, s/n, pp. 115-125.
- Cole, S. (1983). Self-help groups. En Kaplan I. Harold y Sadock J. Benjamin (Eds.) 1996: *Terapia de Grupo*. España: Editorial Medica Panamericana, S.A. p.146

- Comer J., (2001) *Fundamentals of Abnormal Psychology*. New York: Worth Publishers.
- Conde V., Esteban T., Useros E., (1976). Revisión crítica de la adaptación castellana del cuestionario de Beck. *Revista Psicológica Gen. Aplic.* Vol. 31. s/n, pp. 469-497.
- Conde V., Franch J.I., (1984). *Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología de los trastornos angustiosos y depresivos*. Madrid: Upjohn SA.
- Coresh, J.; E. Selvin, L. A. Stevens, J. Manzi, J. W. Kusek, P. Eggers, L. F. Van y A. S. Levey, (2008). *Prevalence of chronic kidney disease in the United States*. 28 (2): pp. 5-14. Recuperado el 25 de junio de 2009 de: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/298/17/2038>
- Crone C, Wise T. (1999). *Psychiatric aspects of transplantation, II: preoperative issues*. *Academy of Psychosomatic Medicine*. p.24
The Organization for Consultation and Liaison Psychiatry. Recuperado el 20 de diciembre de 2009 de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10661092>
- Craig, Grace (1994). *Desarrollo Psicológico*. México: prendice may.
- Craven J.L., Rodin G.M., Littlefield C., (1988). The Beck Depression Inventory as a screening device for major depression in renal dialysis patients. *Journal fo Psychiatry Med*. Vol.18, núm.4, pp.365-374
- Cueli, J, Reid (1972). *Teoría de la Personalidad*. México: Trillas.
- Deighan, C., Gillanders, D., Gillanders, S., Wild, M., (2008). Emotion regulation, affect, psychosocial functioning, and wellbeing in hemodialysis patients. *Am Journal Kidney Disorders*. Vol.51, núm.4, ppg.651-662.
- Díaz L., Torres V., Urrutia E., Moreno R., Font I. y Cardona M. (2006). Factores Psicosociales de la depresión. *Revista Cubana Med Milit*. Vol.35. Nº 3, pp. 1-7.
- Dobson K.S., (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. Vol.57, núm.3, pp.414-419.
- Doka KJ. (1993). *Living with Life-Threatening Illness: A Guide for Patients, Their Families and Caregivers*. New York: Lexington Books.
- Drayer R.A., Piraino B., Reynolds C.F. 3rd, Houck P.R., Mazumdar S., Bernardini J., et al.,(2006). *Characteristics of depression in hemodialysis patients: symptoms, quality of life and mortality risk*. *Gen Hosp Psychiatry*. 28(4):306-12.

- Egresos hospitalarios del Sistema Nacional de Salud. (2000) *Insuficiencia Renal*. Recuperado el 29 de enero de 2008 de: www.zaragoza.unam.mx/educacion_n_linea/tema_10_insuf_renal/t10antecedentes.html
- Emil A. Tanagho, Jack W. McAninch, (1999). *Urología general de Smith*. p. 619, México: Manual Moderno.
- Freedman, Jonathan (1978). *Introductory Psychology*. Estados Unidos: Addison Wesley.
- Freud, S. (1917) *Duelo y Melancolía*. Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu, Vol. 14. Pp.235-265
- Gasto C., Vallejo J. y Menchón J.M (1993). *Depresiones Cónicas*. España: Doyma.
- Gelder M., Gath D., Mayou R. (1993). *Psiquiatría*. México: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Gokal, R., (1993). *Guía de la Salud Familiar Internacional*. Madrid: Master.
- Gordillo G., (1996). *Nefrología Pediátrica. Insuficiencia Renal Crónica*. (p.374-400).Madrid: Mosby- Doyma.
- Grinberg, L. (1994). *Culpa y Depresión. Estudio psicoanalítico*. Madrid: Alianza Universidad.
- Halgin R., Krauss S., (2005). *Psicología de la anormalidad. Perspectivas clínicas sobre desórdenes psicológicos*. México: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Hamilton, M., 1960. *A rating scale for depression*. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. (Vol. 23), pp.56-62.
- Hedayati S.S., Bosworth H.B., Kuchibhatla M., Kimmel P.L., Szczech L.A., (2006). *The predictive value of self-report scales compared with physician diagnosis of depression in hemodialysis patients*. *Kidney Int.* (Vol.69), núm.9, pp.1662-1668.
- Hedayati S.S., Et. al, (2008). *Depression predicts initiation of dialysis, hospitalization, and death in chronic kidney disease patients*. *Mediclopedia, la enciclopedia médica*. Recuperado el 18 de enero de 2010 de:

<http://medciclopedia.com/nefrologia/1463/la-depresion-predice-malos-resultados-en-enfermedad-renal/>

- Hong B.A., Robson A.M. y Smith M.D., (1985). Diagnosis of depression in patients with end-stage renal disease: Comparative analysis. *Am Journal of Med*, pp. 160-166
- Huerta -Franco, M.R.(2000). *El estado de ánimo de la mujer durante su ciclo reproductivo. Salud Mental*. vol.23 núm. 003, p.52
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática INEGI. Censo Poblacional 2005. (2008). *Alberga México 17% de personas con depresión en el mundo. El Universal*. Recuperado el 1 de junio de 2009 de: <http://www.eluniversal.com.mx/notas/506997.html>
- Jackson, S, W (1980). *Historia de la Melancolía y la depresión desde los tiempos Hipocráticos a la Época Moderna*. Barcelona. España: Martínez Roca.
- Jacobson, J., Jacobson, A., (2002). *Secretos de la psiquiatría*. (2ª. edición). México: Mc Graw- Hill Interamericana.
- Judd LL, Schettler PJ, Akiskal HS. (2002). The prevalence, clinical relevance, and public health significance of subthreshold depressions. *Psychiatr Clin North Am*. 25(4):685-98
- Jusset T., Navial G. y Roseta E., (2002). Tratamiento farmacológico de la depresión mayor. Cuba. *Revista Cubana Médica General*. Vol.18, Nº 3, pp. 2-5.
- Kaplan I. Harold y Sadock J. Benjamin, (1996). *Terapia de Grupo*. España: Editorial Medica Panamericana, S.A.
- Kaplan, H., Sadock, B., (2000). *Sinopsis de Psiquiatría*. Madrid: Médica Panamericana. 8ª edición. Cap. 15: 593-656
- Kim JA, Lee YK, Et. Al., (2002). *Analysis of depression in continuous ambulatory peritoneal dialysis patients*. Korean: Med Sci.
- Kimmel P., (2001). *Psychosocial Factors in Dialysis Patients*. *Kidney International*, cap.59: pp. 1599-1613
- Kimmel P.L., Peterson R.A., Weihs K.L., Simmens S.J., Alleyne S., Cruz I., et al., (2000). *Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis outpatients*. *Kidney Int*. Vol.57, núm.5, pp.2093-2098.

- Kristeva, Julia (1997). *Sol negro, depresión y melancolía*. Caracas, Venezuela: Monte Ávila Editores Latinoamericana.
- Kübler-Ross, E. (1969). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo.
- La Federación Mundial de la Salud Mental (WFMH por sus siglas en inglés), (2006). La Depresión tiene más de 20 millones de caras. 2010, abril, 8. *El Universal*. [México, DF], núm.327. p.8
- Le Bon G., (1920). *The Crowd: A Study of the Popular Mind*. New York: Fisher Unwin.
- Ledesma Jimeno y L Melero Marcos (Eds.). (1989). *Estudios sobre las Depresiones*. Salamanca, España: Universidad de Salamanca. pp. 15-17, 57-59,108-109
- Levenson J.L., (2006). *Tratado de Medicina Psicosomática*. (1a. edición) Barcelona: Ars Medica.
- Lewinsohn, P., Sullivan, J. y Grosscup, S. (1980). Changing reinforcing events: An approach to the treatment of depression. *Psychotherapy. Theory, research, and practice*. No. 17, pp. 322-334.
- Lieberman, M A, (1986). Self-help groups: Comparisons to group therapy. En American Psychiatric Association (APA). *Revista anual, American Psychiatric Press, Washington*, 5, 1.
- Lipowski Z. J., (1989). *Psychosomatic medicine: Past and present*. In *Medical Psychiatry: Theory and practice*. E.S. Garza-Trevino editor. World Scientific, Singapore. Vol. 1, p. 1
- López Piñero, José Maria. (2002). *Medicina en la Historia*. (1a. edición). Madrid: Esfera de los libros.
- López, E. K., Medina-Mora M. E., Villatoro J., Juárez F., Carreño S., Berenzon S.H. y Rojas E. (1995) La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias tóxicas. *Resultados de una encuesta de la población estudiantil*. Jalisco, México; *Salud Mental IMSS*, 18 (4) pp. 24-32
- Lubell, D. (1976). Group work with patients on peritoneal dialysis. En Kaplan I. Harold y Sadock J. Benjamin (Eds.) 1996: *Terapia de Grupo*. (p.511). España: Editorial Medica Panamericana, S.A.
- MA, Khan S., (2006). *Increased mortality in chronic kidney disease: a call to action*. p.1. Recuperado el 6 de enero de 2010 de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16538076?dopt=Abstract>

- Mackinnon, R., Michels, R. (1971). *Psiquiatría clínica y Aplicada*. México: Nueva Editorial Interamericana.
- Maier W., Gansicke M., Gater R., Rezaki M., Tiemens B., Urzua RF. (1999) Gender differences in the prevalence of depression: a survey in primary care. *Journal of Affect Disord.* 53 (3): 241-52.
- Manidi, M-J. Dafflon-Arvanitou, I, (2002). *Aproximaciones psicosociológicas*. Masson, Barcelona: Claire Perrin
- Marmorstein J. y N., (1983), *The Psychometabolic Blues*. (Editado al español). México, D.F.: Concepto, S.A. pp. 11, 13, 48-52, 57
- Martín, M., Grau, J.A., Ramírez V. y Grau R., (2001). El Inventario de Depresión Rasgo-Estado. *Revista de Psicología Desarrollo y posibilidades*. Vol.5, núm.1, ppg.137-149
- Martínez R., Bourgeois M., Peyre F., et al., (1991). Estudio de la validación de la escala de depresión de Montgomery y Asberg. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* Vol.11, pp. 9-14.
- Mellinger, G. y Baller, M. (1983). En: Kaplan I. Harold y Sadock J. Benjamin (Eds.). (1996). *Terapia de Grupo*. España: Editorial Medica Panamericana, S.A.
- McElreath L., Robinson L.A., (1994). Efficacy of psychosocial treatments for geriatric depression: a quantitative review. *Journal of Consulting & Clinical Psychology.* Vol.62, núm.1, pp.69-74.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Venezuela. *Anuario de Mortalidad 2001*. (2003) Caracas, Venezuela. p.374. Recuperado el 20 de febrero de 2010 de: <http://www.msds.gov.ve/msdsweb/Estadistica/Anuario/mortalidad/Documentos/Anuario01.pdf>
- Milton, Terries., (2003). *Your New life with Dialysis, Apatient Guide for Physicalan Psychological Adjustment oberley*. Mansprinsfiel, USA.
- Moreno RA, Moreno DH., (1998). Escalas de depresión de Montgomery y Asberg (MADRS) y de Hamilton (HAM-D). *Rev Psiq Clín.* Vol. 25, pp. 262-72.
- Muñoz, F. R., Aguilar-Gaxiola, S., Guzmán, J., (2000). *Versión en español del Manual de Terapia de Grupo para el Tratamiento Cognitivo-conductual de Depresión*. (Reporte No. 0-8330-2837-5). Clínica de Depresión y Hospital General de San Francisco, Universidad de California, San francisco.

- National Institute for Clinical Excellence UK (NICE), (2004). *Clinical Guideline 23 Depression- NICE*. Recuperado el 18 de mayo de 2009 de: <http://www.nice.org.uk/pdf/CG023NICEguideline.pdf>
- National Kidney Foundation, (2003). *Acerca de la insuficiencia renal crónica. Una guía para los pacientes y sus familias*. Recuperado el 20 de febrero de 2008 de: www.kidney.org/atoz/pdf/aboutckd_sp.pdf
- Neu S. y Kjellstrand C.M., (1986). Stopping long-term dialysis: An empirical study of withdrawal of life-supporting treatment. *N Eng Journal of Med.* vol. 314, núm.14, p.20
- Oblitas Guadalupe, Luis A. y Cols., (2006). *Psicología de la Salud y enfermedades crónicas*. PSICOM Editores, p.42
- Ojeda T. Daniel (2008). *Alberga México 17% de personas con depresión en el mundo. El Universal*, sin N°. Recuperado el 1 de junio de 2009 de: <http://www.eluniversal.com.mx/notas/506997.html>
- Orellana M., Munguía A., (2008). *Revista Del Postgrado De Psiquiatría, UNAH*. Vol.2, núm.3, pp.11-12
- Organización Mundial de la Salud OMS (2007). *Segunda Reunión Consultiva Mundial sobre Trasplante. Ginebra, España*. Recuperado el 18 de marzo del 2009 de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr12/es/index.html>
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Organización Panamericana de Salud, (2009). En OMS (2008-2009). *Manual para la implementación de proyectos colaborativos para el mejoramiento de la calidad de atención a las personas con enfermedades crónicas*. Recuperado el 23 de enero de 2009 de: <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/dia-vida-manual.htm>
- Otero M. Haydee, Verdes M. del C., (1990). Atención psicológica a pacientes con insuficiencia renal crónica. *Revista Cubana de Psicología*. Vol.7, núm.002, pp.4-16.
- Papalia, Diance E. (1996). *Psicología del Desarrollo; de la Infancia y la Adolescencia*. México: Grace Hill
- Papalia, D. y Olds, S. (1994). *Psicología del Desarrollo*. México: Mc Graw Hill. México.

- Pastor C. y Sevilla J., (2008). *Tratamiento Psicológico de la Depresión*. Puebla, Pue. México: Gil Editores, pp. 15, 21, 22,64-67)
- Peña, J. C., (s.f.). *Insuficiencia Renal Crónica: Guía Para El Paciente En Diálisis*. (2ª Edición). México:: Consejo Mexicano de Medicina de Urgencias, p.3, 5, 6, 9,10.
- Polaino-Lorente, A. (1985). *La Depresión*. Barcelona: Martínez Roca.
- Port. F. Wolfer, (1993). *Educación Médica Continua*. México: Salud Publica de México, p.12
- Poster de Solau de Cabras. *La dieta en el paciente renal, (s.f.)*. Recuperado el 10 de abril de 2008 de: <http://www.carloshaya.net/biblioteca/contenidos/docs/nefrologia/dialisis/luispernia.PDF>
- Rehm, L. P., (1977) A-self control model of depression. *Behavior Therapy*. Vol.8, s/n, pp.787-804
- Ríos, L., (2003). Se disparan las enfermedades mentales. *Revista Vértigo*. núm. 140, p. 12-6
- Rubio, Rocio, (sin fecha). *Problemática social de enfermo con Insuficiencia Renal Crónica*. Recuperado el 28 de enero de 2008 de: www.carloshaya.net/biblioteca/contenidos/docs/nefrologia/encame/rociourubio.PDF
- Sarason I., Sarason B., (1975). *Psicología anormal. Los problemas de la conducta desadaptada*. México: Trillas.
- Selvin, L. A. Stevens, Et. Al., (2008). *Prevalence of chronic kidney disease in the United States*. *Nefrología*. Recuperado el 25 de junio de 2009 de: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/298/17/2038>
- Sistema Nacional de Salud, (2000). En: Salud Pública de México, (2002). *Insuficiencia Renal*, Vol. 44, p. 2. Recuperado el 29 de enero de 2008 de: http://www.zaragoza.unam.mx/educacion_n_linea/tema_10_insuf_renal/t10antecedentes.html
- Son Y., Choi K., Park Y., Bae J., Lee J., (2009). Depression, symptoms and the quality of life in patients on hemodialysis for end-stage renal disease. *Am J Nephrol*. Vol.29, núm.1, pp.36-42.
- Soykan A., Boztas H., Kutlay S., Ince E., Nergizoglu G., Dileköz A.Y., et al., (2005). Do sexual dysfunctions get better during dialysis? Results of a six-month

prospective follow-up study from Turkey. *Int J Impot Res*. Vol. 17, núm.004, pp.359-63.

Stevens, A. (2001). *Anatomía Patológica*. Elsevier España, p.542.

Stoudemire A., Fogel B.S., Greenberg D., (2000). *Psychiatric care of the medical patient*. (2a. edición) New York: Oxford University.

Torres Barrenechea, R.; (1995). Interconsultas y enlace en psiquiatría.

Boletín de la escuela de medicina, Universidad Católica de Chile. Vol. 24, 2.

UNIVERSITY OF VIRGINIA HEALTH SYSTEM, (2006). *Los Trastornos Genitourinarios y de Los Riñones: La Insuficiencia Renal*. Recuperado el 28 de agosto de 2008 de: www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/peds_urology_sp/renal.cfm

Vallejo-Nágera, J., (2005). *Ante la depresión*. Barcelona: Planeta.

Vargas-Mendoza, J. E., (2009). *Asesoría y manejo de la depresión en el enfermo terminal*. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C. Recuperado el 14 de marzo de 2010 de: http://www.conductitlan.net/manejo_depresion_enfermo_terminal.ppt

Wiener, Myron F y otros. (1994). Prevalence and incidence of Major Depression in Alzheimer Disease. *American Journal Psychiatry*. Vol.151.

Yalom Irvin, (1985). En: Kaplan I. Harold y Sadock J. Benjamin (Eds.). (1996). *Terapia de Grupo*. España: Editorial Medica Panamericana, S.A.

Zavala R., Gerardo (s.f.). *Dinámicas de grupo*. Recuperado el 16 de enero de 2010 de: <http://www.gerza.com/dinamicas/dinamicas.html>

Zeiss, A., Lewinsohn, P., y Muñoz, R. (1979). Nonspecific improvement effects in depression using interpersonal skills training, pleasant activity schedules, or cognitive training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. No. 47, pp. 427-439.

ANEXO 1

Cuestionario de evaluación:

“Qué conoces de la Insuficiencia Renal Crónica y su relación con la Depresión”

NOMBRE _____

EDAD _____

Lee detenidamente lo que se pregunta y responde subrayando y/o anotando la respuesta que consideres adecuada.

1.- Tengo claro que es la insuficiencia renal crónica

- a) No b) Sí

¿Por qué?

2.- Son necesarios los cambios en mi alimentación y mi higiene

- a) No b) Sí

¿Por qué?

3.- La diálisis o hemodiálisis se debe realizar tal y como lo indica el médico especialista

- a) Muy de acuerdo b) De acuerdo d) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
e) En desacuerdo f) Muy en desacuerdo

4.- Debo tomar los medicamentos en el horario indicado

- a) Muy de acuerdo b) De acuerdo d) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
e) En desacuerdo f) Muy en desacuerdo

5.- Debo seguir las indicaciones respecto a mi higiene personal

- a) Muy de acuerdo b) De acuerdo d) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
e) En desacuerdo f) Muy en desacuerdo

6.- Asistir a las consultas de seguimiento programadas es muy importante

- a) Muy de acuerdo b) De acuerdo d) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
e) En desacuerdo f) Muy en desacuerdo

7.- En cuanto al tratamiento de la insuficiencia renal crónica pienso que requiere un gran esfuerzo de mi parte

- a) Muy de acuerdo b) De acuerdo d) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
e) En desacuerdo f) Muy en desacuerdo

8.- Pienso que es importante cumplir tanto con los tratamientos sustitutivos, dietéticos, de higiene y farmacológicos para mejorar mi calidad de vida

- a) Muy de acuerdo b) De acuerdo d) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
e) En desacuerdo f) Muy en desacuerdo

9.- Las personas con insuficiencia renal crónica deberían trabajar y tener actividad

- a) Muy de acuerdo b) De acuerdo d) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
e) En desacuerdo f) Muy en desacuerdo

10.- Las personas con insuficiencia renal crónica dependen total y únicamente de otras personas

- a) Muy de acuerdo b) De acuerdo d) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
e) En desacuerdo f) Muy en desacuerdo

11.- Pienso que es posible continuar con determinadas actividades diarias aún con diálisis o hemodiálisis

- a) Muy de acuerdo b) De acuerdo d) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
e) En desacuerdo f) Muy en desacuerdo

12.- Se puede llevar a cabo el tratamiento que requiere la insuficiencia renal crónica sin supervisión constante de la familia y amigos

- a) Muy de acuerdo b) De acuerdo d) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
e) En desacuerdo f) Muy en desacuerdo

13.- Pienso que la familia juega un papel importante en el curso de la enfermedad renal, por lo que debo cooperar voluntariamente con ellos

- a) Muy de acuerdo b) De acuerdo d) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
e) En desacuerdo f) Muy en desacuerdo

13.- Pienso que la diálisis peritoneal y la hemodiálisis son sinónimos de muerte próxima

- a) Muy de acuerdo b) De acuerdo d) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
e) En desacuerdo f) Muy en desacuerdo

14.- Creo que es posible mejorar mi calidad de vida si soy diagnosticado con insuficiencia renal crónica

- a) Muy de acuerdo b) De acuerdo d) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
e) En desacuerdo f) Muy en desacuerdo

15.- Las visitas de amigos son importantes en la vida de una persona con insuficiencia renal crónica

- a) Muy de acuerdo b) De acuerdo d) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
e) En desacuerdo f) Muy en desacuerdo

16.- Constantemente pienso que mi enfermedad se debe a un castigo de la vida por comportamientos míos en el pasado

- a) Muy de acuerdo b) De acuerdo d) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
e) En desacuerdo f) Muy en desacuerdo

17.-La mayor parte del tiempo me siento melancólico y triste

- a) Muy de acuerdo b) De acuerdo d) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
e) En desacuerdo f) Muy en desacuerdo

18.- Siento ganas de llorar constantemente

- a) Muy de acuerdo b) De acuerdo d) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
e) En desacuerdo f) Muy en desacuerdo

19.- Disfruto conversando y estando con un grupo de personas

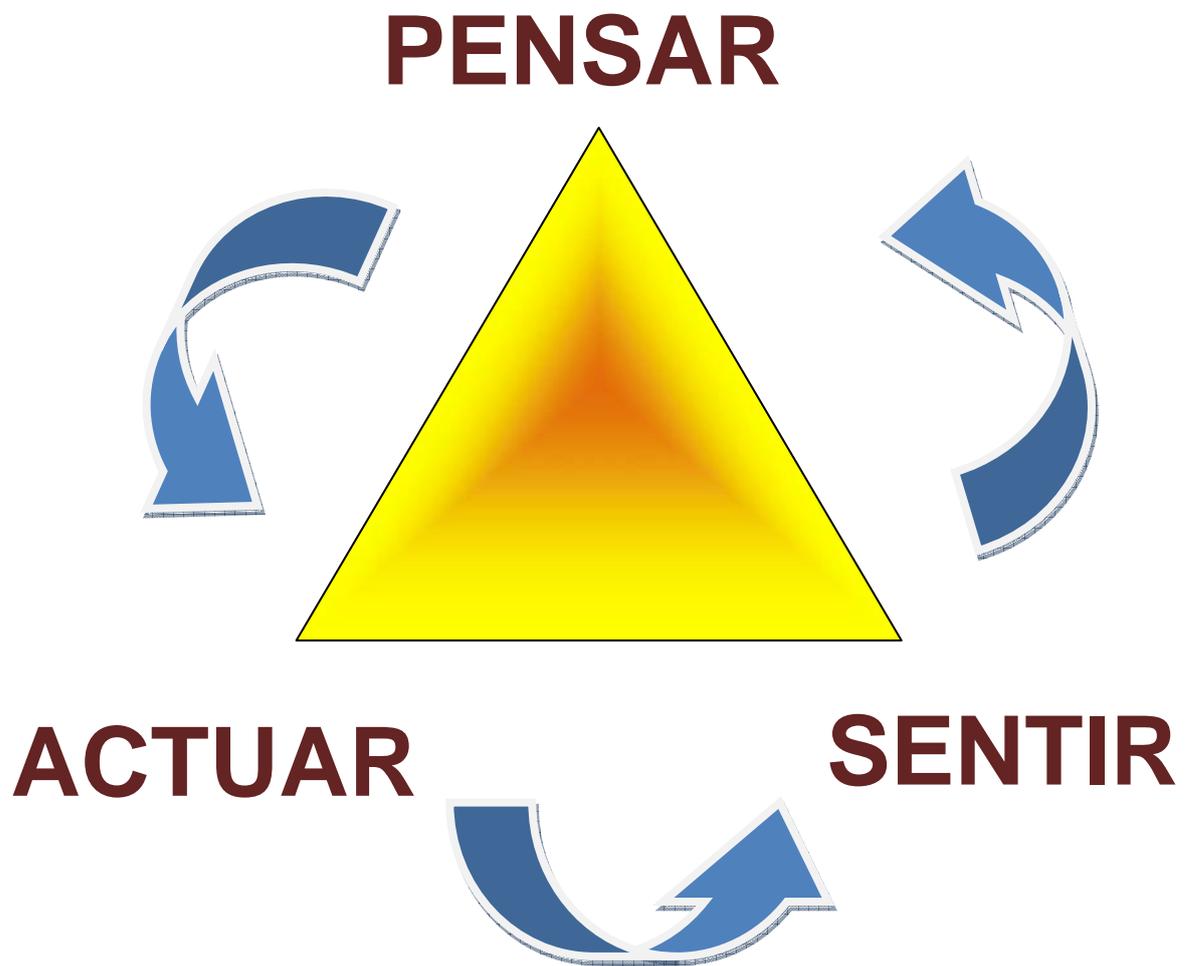
- a) Muy de acuerdo b) De acuerdo d) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
e) En desacuerdo f) Muy en desacuerdo

20.- Tengo esperanzas en el futuro

- a) Muy de acuerdo b) De acuerdo d) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
e) En desacuerdo f) Muy en desacuerdo

ANEXO 2

“EL TRIANGULO DE LA DEPRESION”



ANEXO 3

“DEPRESION ES”

Tu concepto de depresión es...

¿Qué pensamientos vienen a tu mente cuando te sientes triste ó deprimido por la situación de enfermedad?

¿Cómo te llevas con los demás cuando te sientes triste o deprimido, a consecuencia del diagnóstico de insuficiencia renal crónica?

¿Qué actividades haces cuando te sientes triste o deprimido por la enfermedad renal?

ANEXO 4

AUTOREGISTRO DE PENSAMIENTOS NEGATIVOS

Haz una marca (x) a los pensamientos negativos que tuviste cada día.

	VIERNES	SABADO	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES
Tengo miedo.							
Por mi enfermedad terminaré solo/a.							
Ahora que estoy enfermo nadie considera importante mi amistad.							
Nada ni nadie vale la pena.							
Soy una carga.							
La vida no tiene sentido.							
Ya no tengo esperanzas de estar mejor.							
No valgo nada porque estoy enfermo.							
Porque soy insuficiente renal no sirvo para nada.							
En esta condición no voy a poder resolver mis problemas.							
Nunca podré cambiar.							
Ahora soy menos que otras personas.							
Todo lo que me pasa es mi culpa.							
¿Porqué a mi me pasan tantas cosas malas?							
Nunca me voy a sentir mejor.							
Vivir así no vale la pena.							
Ya no hay nada que me haga sonreír.							
No tengo suficiente fuerza de voluntad,							
Nada de lo que haga mejorará mi calidad de vida-							
No me atrevo a imaginarme que será de mi vida dentro de 5 años.							
Quisiera estar muerto.							
Haga lo que haga mi salud serás peor.							
La vida es injusta conmigo.							
Nadie en mi familia entiendo lo que es estar enfermo.							
Me pregunto si la gente habla de mí.							
Esta enfermedad es un castigo.							
No soy tan buena persona como otros.							
Los médicos no me dicen la verdad de mi estado de salud.							
Ningún cambio en mi vida traerá beneficios.							
No soy capaz de amar ni de ser amado ahora que estoy enfermo.							
TOTAL DE PENSAMIENTOS NEGATIVOS							

AUTOREGISTRO DE PENSAMIENTOS POSITIVOS

Haz una marca (x) a los pensamientos positivos que tuviste cada día.

	VIERNES	SABADO	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES
Puedo mejorar mi calidad de vida.							
El día amaneció muy bonito.							
Aprenderé a vivir feliz con mi situación de enfermedad.							
La vida es interesante.							
Merezco que valoren mi opinión en relación a mi estado de salud.							
A pesar de que las cosas están mal ahora, mejorarán.							
Realmente me siento muy bien.							
Alguna actividad me pareció agradable.							
El tratamiento es una mejor solución para mi estado de salud.							
Soy una buena persona.							
Tengo muchas esperanzas para mi futuro.							
Tengo buen control de mí mismo/a.							
Tengo derecho a ser feliz.							
Realmente puedo manejar bien esta situación de enfermedad.							
Las personas se llevan bien conmigo.							
Considero importante descansar.							
Soy considerado/a con otras personas.							
Tengo suficiente tiempo para realizar las cosas que quiero hacer.							
Me gusta estar con la gente.							
Siempre encuentro la fortaleza para solucionar cualquier problema difícil.							
Soy honesto/a.							
Podría manejar las dificultades de la IRC tan bien como otros enfermos.							
Mis experiencias me han preparado bien para el futuro.							
Tengo mucha suerte de estar vivo.							
Soy muy responsable con mis hábitos alimenticios.							
Soy muy responsable con mis hábitos de higiene.							
Soy muy responsable con el tratamiento farmacológico y sustitutivo.							
Me interesan las otras personas.							
Soy inteligente.							
Pese a mi enfermedad soy importante para mi familia.							
TOTAL DE PENSAMIENTOS POSITIVOS							

ANEXO 5

“Mis posibilidades de cambio”

De la siguiente lista de cambios necesarios para mejorar tu calidad de vida, subraya la respuesta de acuerdo a lo que consideres posible realizar.

1.- Aceptar el tratamiento sustitutivo que el médico sugiera en mi caso.

- a) Definitivamente Sí b) Probablemente Sí c) Indeciso
d) Probablemente No e) Definitivamente No

2.- Seguir la dieta que el nutriólogo me asigne para mejorar mi estado de salud.

- a) Definitivamente Sí b) Probablemente Sí c) Indeciso
d) Probablemente No e) Definitivamente No

3.- Asistir a las citas médicas.

- a) Definitivamente Sí b) Probablemente Sí c) Indeciso
d) Probablemente No e) Definitivamente No

4.- Aprender la técnica adecuada de diálisis, si fuera el caso.

- a) Definitivamente Sí b) Probablemente Sí c) Indeciso
d) Probablemente No e) Definitivamente No

5.- Asistir puntualmente a mis sesiones de hemodiálisis, si fuera el caso.

- a) Definitivamente Sí b) Probablemente Sí c) Indeciso
d) Probablemente No e) Definitivamente No

6.- Tomar los medicamentos tal y como los prescribió el médico.

- a) Definitivamente Sí b) Probablemente Sí c) Indeciso
d) Probablemente No e) Definitivamente No

7.- Involucrarme en mi propio cuidado personal y en mi tratamiento.

- a) Definitivamente Sí b) Probablemente Sí c) Indeciso

d) Probablemente No

e) Definitivamente No

8.- Participar activamente en la dieta e higiene personal.

a) Definitivamente Sí

b) Probablemente Sí

c) Indeciso

d) Probablemente No

e) Definitivamente No

9.- Evitar los alimentos que el nutriólogo sugiera, y que sean dañinos en mi estado de salud.

a) Definitivamente Sí

b) Probablemente Sí

c) Indeciso

d) Probablemente No

e) Definitivamente No

10.- Aumentar el consumo de alimentos que recomiende el nutriólogo, aún si éstos no son de mi total agrado.

a) Definitivamente Sí

b) Probablemente Sí

c) Indeciso

d) Probablemente No

e) Definitivamente No

11.- Mejorar mi limpieza personal constantemente, para evitar infecciones.

a) Definitivamente Sí

b) Probablemente Sí

c) Indeciso

d) Probablemente No

e) Definitivamente No

12.- Evitar el consumo de bebidas alcohólicas.

a) Definitivamente Sí

b) Probablemente Sí

c) Indeciso

d) Probablemente No

e) Definitivamente No

13.- Dejar de fumar si se es fumador.

a) Definitivamente Sí

b) Probablemente Sí

c) Indeciso

d) Probablemente No

e) Definitivamente No

14.- Perder peso si se está excedido.

a) Definitivamente Sí

b) Probablemente Sí

c) Indeciso

d) Probablemente No

e) Definitivamente No

15.- Hacer ejercicio, si así lo recomienda el médico.

a) Definitivamente Sí

b) Probablemente Sí

c) Indeciso

d) Probablemente No

e) Definitivamente No

16.- Continuar realizando actividades agradables.

- a) Definitivamente Sí b) Probablemente Sí c) Indeciso
d) Probablemente No e) Definitivamente No

17.- Seguir frecuentando amigos, compañeros, vecinos y conocidos.

- a) Definitivamente Sí b) Probablemente Sí c) Indeciso
d) Probablemente No e) Definitivamente No

18.- Remplazar mis pensamientos negativos por positivos.

- a) Definitivamente Sí b) Probablemente Sí c) Indeciso
d) Probablemente No e) Definitivamente No

19.- Expresar mis pensamientos y emociones de forma tranquila y calmada.

- a) Definitivamente Sí b) Probablemente Sí c) Indeciso
d) Probablemente No e) Definitivamente No

20.- Hacer peticiones de forma amable, sobre todo a quienes están más cerca de mí.

- a) Definitivamente Sí b) Probablemente Sí c) Indeciso
d) Probablemente No e) Definitivamente No

21.- Mejorar mi manera de expresar emociones de enojo, frustración e intolerancia.

- a) Definitivamente Sí b) Probablemente Sí c) Indeciso
d) Probablemente No e) Definitivamente No

22.- Evitar los conflictos con las personas cercanas a mí.

- a) Definitivamente Sí b) Probablemente Sí c) Indeciso
d) Probablemente No e) Definitivamente No

23.- Mejorar el trato cordial con mis familiares.

- a) Definitivamente Sí b) Probablemente Sí c) Indeciso
d) Probablemente No e) Definitivamente No

24.- Mejorar el trato cordial con los médicos y con el servicio de enfermería.

- a) Definitivamente Sí b) Probablemente Sí c) Indeciso

d) Probablemente No

e) Definitivamente No

25.- Dar gracias a quien me ayude, por mínima que resulte la ayuda.

a) Definitivamente Sí

b) Probablemente Sí

c) Indeciso

d) Probablemente No

e) Definitivamente No

26.- Asistir a las sesiones y reuniones del grupo de autoayuda.

a) Definitivamente Sí

b) Probablemente Sí

c) Indeciso

d) Probablemente No

e) Definitivamente No

ANEXO 6

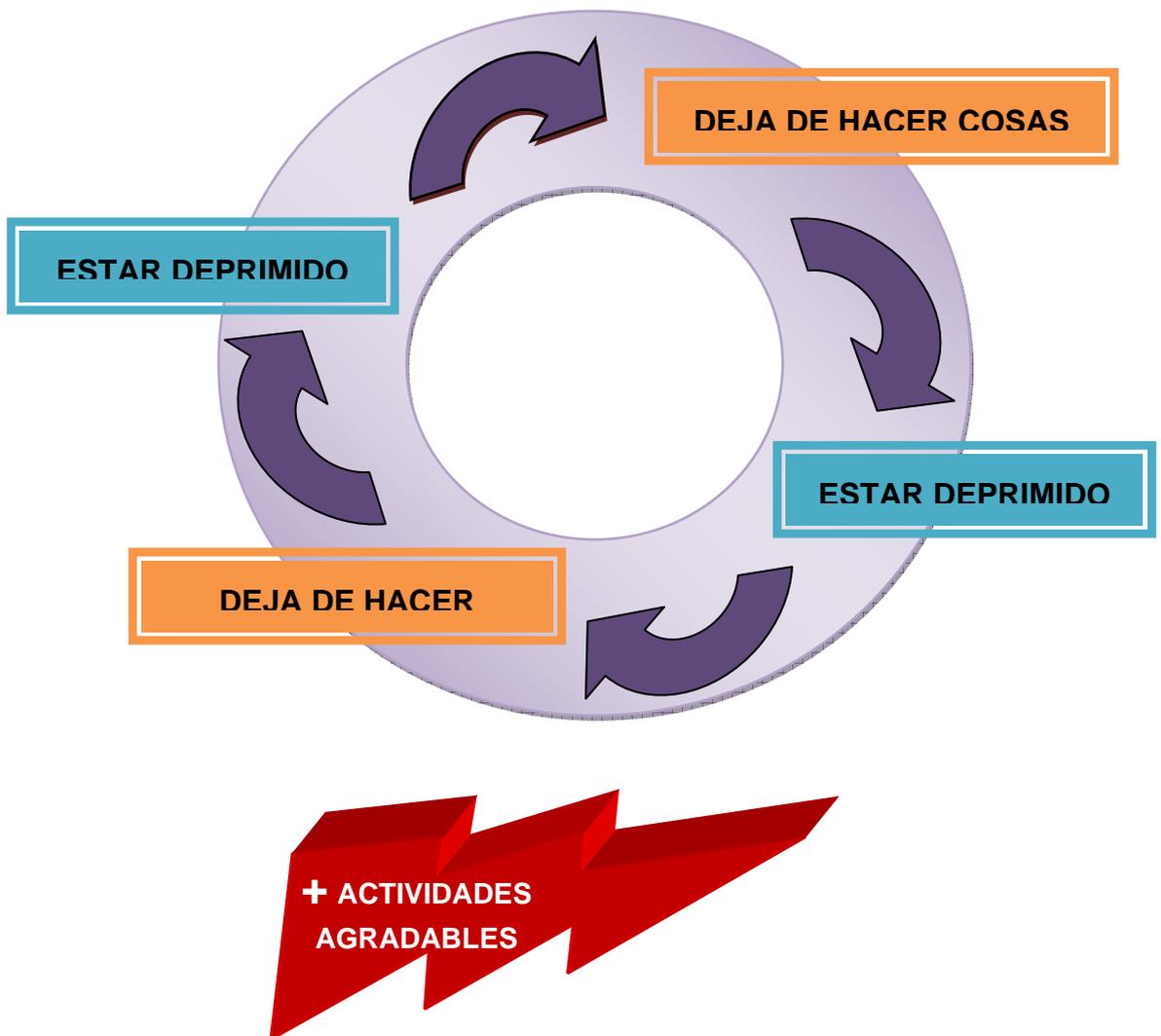
MÉTODO A-B-C-D

“Dialogando con mis pensamientos”

A. Evento Activante (¿Qué sucedió?)	B. Belief (Creencia ó pensamientos de lo que sucedió, lo que te dijiste acerca de lo que sucedió y lo que influyó tu reacción)
C. Consecuencia (¿Cómo reaccionaste y como te sentiste?)	D. Discutir o Debatir la Creencia (La forma en que dialogas con tus pensamientos, aquellos que podrían ayudarte a reaccionar de una forma más saludable)

ANEXO 7

ESQUEMA: “CIRCULO VICIOSO”



ANEXO 9

CONTRATO PERSONAL

YO _____ HAGO EL
SIGUIENTE CONTRATO CONMIGO MISMO (A):

OBJETIVO: DURANTE ESTA SEMANA HARÉ LA SIGUIENTE ACTIVIDAD
AGRADABLE

1.- RECOMPENSA: SI CUMPLO MI OBJETIVO ME PREMIARÉ CON:

2.- ME DARÉ ESTA RECOMPENSA NO MAS DE DOS DÍAS DESPUÉS DE
HABER LOGRADO UN OBJETIVO.

FECHA

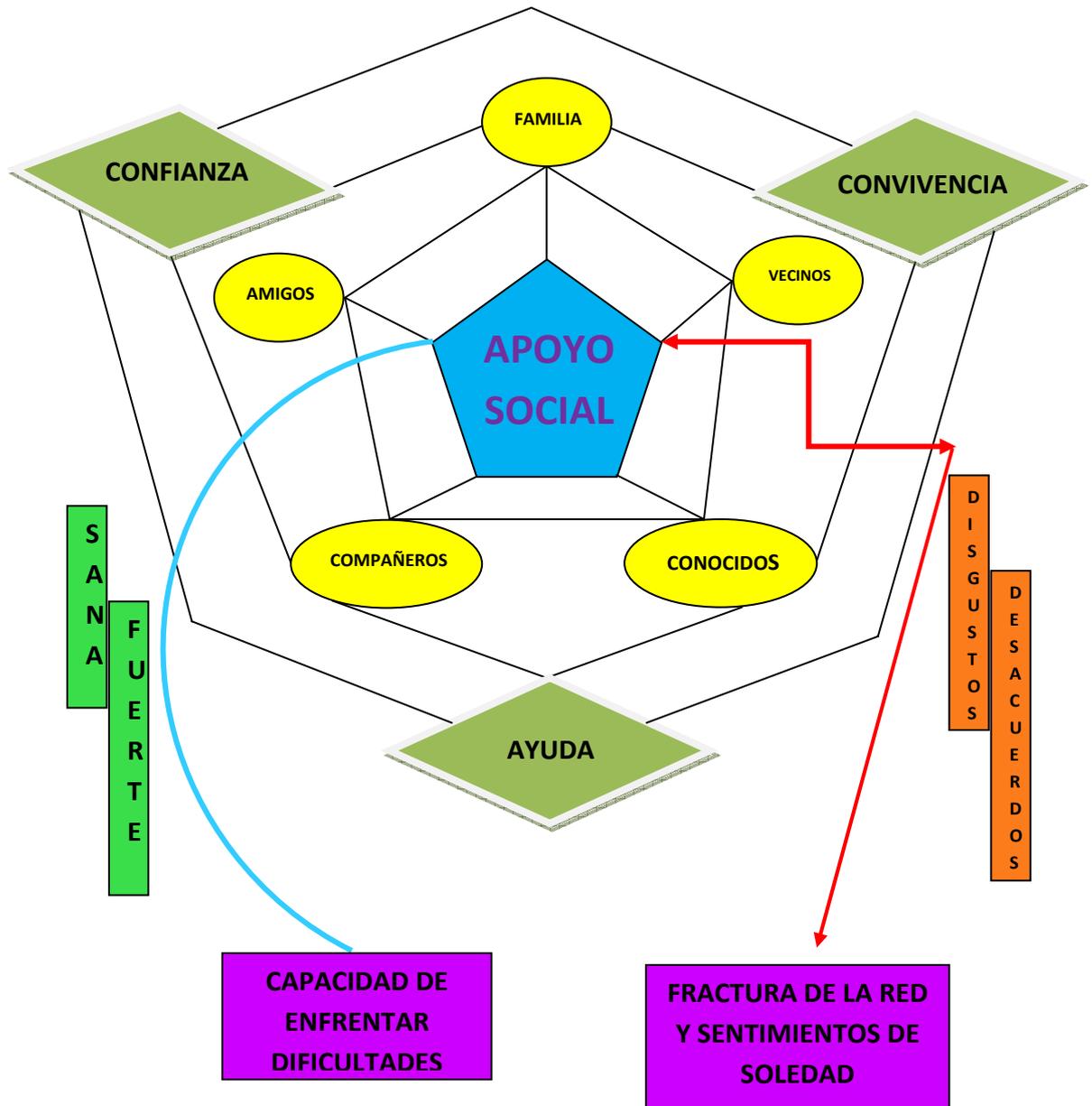
FIRMA

FECHA EN QUE LOGRÉ MI OBJETIVO: _____

FECHA EN QUE ME DÍ MI RECOMPENSA: _____

ANEXO 10

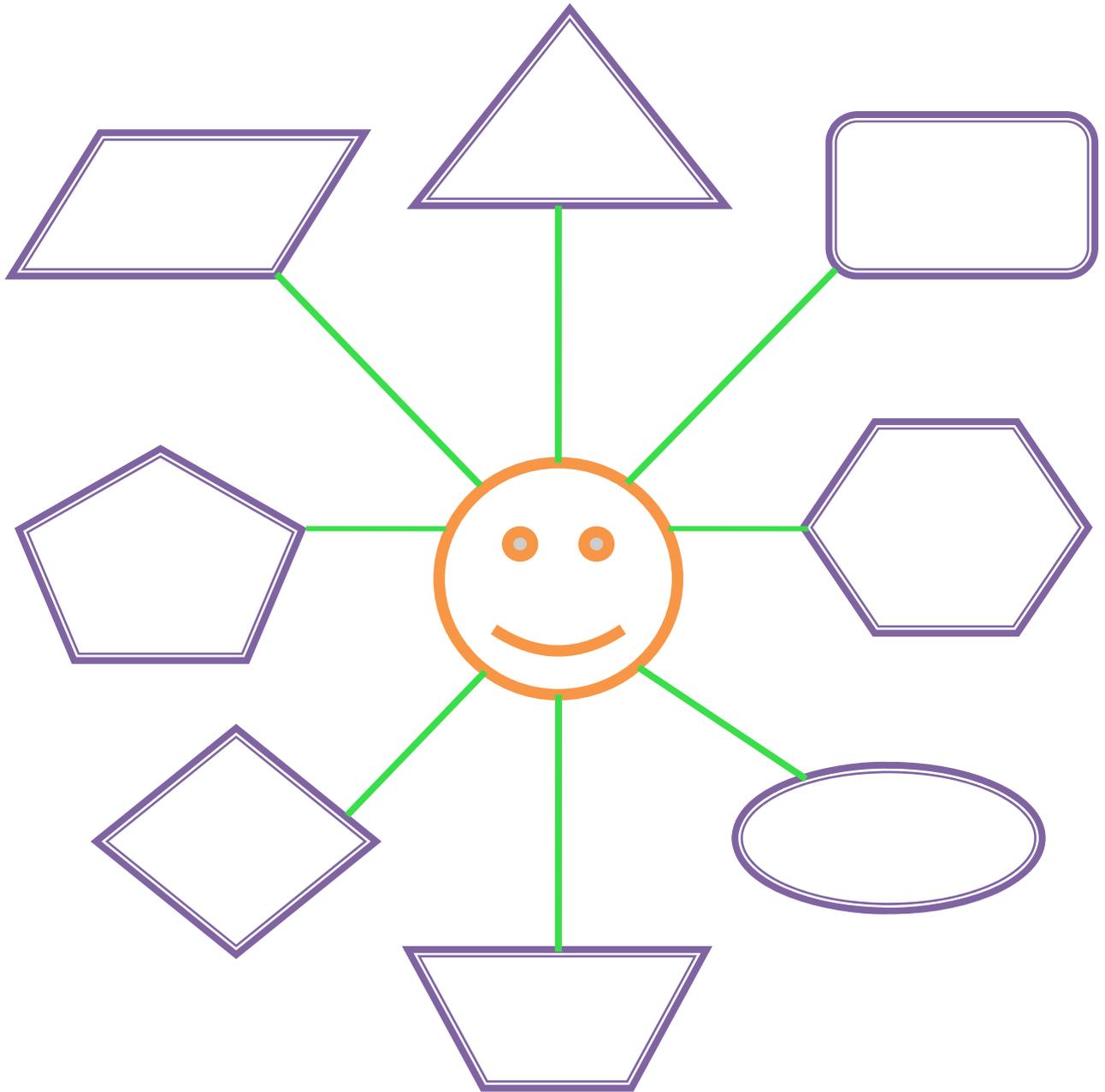
ESQUEMA: "RED DE APOYO SOCIAL"



ANEXO 11

EJERCICIO: “MI RED DE APOYO”

Escribe en las figuras vacías el nombre y parentesco de las personas que consideres tus redes principales de apoyo.



ANEXO 12

REGISTRO: “MIS CONTACTOS”

Negativos		
DOMINGO		
	Contactos	Como me sentí
Positivos		
SABADO		
	Contactos	Como me sentí
Negativos		
Positivos		
LUNES		
	Contactos	Como me sentí
Positivos		
Negativos		

Señala con un () el tipo de contacto que tuviste con otras personas durante cada día, es decir si fueron positivos o negativos y describe que sentimientos experimentaste.

MARTES		
	Contactos	Como me sentí
Positivos		
Negativos		
MIERCOLES		
	Contactos	Como me sentí
Positivos		
Negativos		
JUEVES		
	Contactos	Como me sentí
Positivos		
Negativos		
VIERNES		
	Contactos	Como me sentí
Positivos		
Negativos		