



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD

SEDE: CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI
SEDE: INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

“EFECTO DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL BREVE
INDIVIDUAL EN LA DEPRESIÓN QUE FAVORECE LA
SOBRECARGA DE VOLUMEN EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA”.

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRO EN CIENCIAS MÉDICAS

PRESENTA:

VICTOR MANUEL ENRIQUEZ ESTRADA

TUTORA:

DRA. SILVIA PALOMO PIÑÓN
CMN SXXI

Ciudad Universitaria, Ciudad de México, junio 2021.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

1. Investigadores Principales:

DRA. SILVIA PALOMO PIÑÓN

Médico Especialista en Medicina Interna y Nefrología. Maestría en Ciencias Médicas. Doctorado en Investigación en Medicina. Profesor y Tutor del Programa de Posgrado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, UNAM. Correo: silvia-palomo@hotmail.com

2. Investigadores Asociados:

DRA. REBECA ROBLES GARCÍA

Licenciada en Psicología UNAM. Doctora en Psicología de la Salud UNAM. Investigadora en Ciencias Médicas Departamento de Modelos de Intervención, Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de Fuente Muñiz, Secretaría de Salud. Teléfono (ext.) 55 4160 5000. Correo: reberobles@hotmail.com

DR. LEONEL JARAMILLO VILLANUEVA

Médico Especialista en Psiquiatría Infantil y del adolescente. Maestría en Ciencias Médicas. Director y Tutor del Programa de Subespecialidad en Psiquiatría Infantil y del adolescente IMSS Pediatría UMAE CMN SXXI UNAM. Teléfono (ext.) 5627-6900. Correo: leoneljaramillo2012@gmail.com

3. Investigadores Colaboradores:

DR. LUIS REY GARCÍA CORTÉS

Médico especialista en Medicina Familiar. Maestría en Investigación clínica. Profesor titular de la especialidad de Medicina Familiar. Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud Delegación Regional Estado de México Oriente, Instituto Mexicano del Seguro Social. Teléfono: 5540101728. Correo: luis.garciaco@imss.gob.mx

DR. BLANDINO III AGATÓN CONTRERAS

Médico especialista en medicina interna. Director del HGR 200 Tecámac. Teléfono: 800 623 2323 Correo: blandino.agaton@imss.gob.mx

DR. ABRAHAM SANTOS ONTIVEROS

Médico Especialista en Nefrología. Adscrito al HGR 200 Tecámac. Director de SERME. Teléfono: 800 623 2323. Correo: abraham.santos@serme.com

LIC. ALAN SURESH VÁZQUEZ RAPOSO

Licenciado en Psicología UNAM. Colaborador en la Coordinación Auxiliar Médica de Investigación en Salud, Delegación Regional Estado de México Oriente del Instituto Mexicano del Seguro Social. Teléfono: 5581761458. Correo: alanraposocarax@gmail.com

VÍCTOR MANUEL ENRIQUEZ ESTRADA

Estudiante de Maestría en Ciencias Médicas:

Lic. en Psicología. Médico Psiquiatra Adscrito a HGZ 24, Instituto Mexicano del Seguro Social. Teléfono (ext.) 01 55 5627 6900 Psiquiatría. Correo-E: vicmanuel280@gmail.com

DEDICATORIA

A mi madre, padre y hermano por constituir el apoyo en los ámbitos de mi desarrollo académico laboral y que siempre han estado a mi lado en la búsqueda de lograr estos objetivos, aún en momentos difíciles.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi país, a la UNAM por darme la oportunidad de continuar con mi preparación y cumplir con la responsabilidad social que tengo como mexicano. A mi tutora, la Doctora Silvia Palomo Piñón, quien confió en mí para lograr este proyecto que ha marcado un cambio en mi desarrollo como persona y profesionista. A todos los grandes profesores que apoyaron a la realización de este proyecto, destacando a mi grupo tutor y a doctores como la Dra Irma Corlay Noriega, Dr Luis Rey Garcia Cortés, Dr. Abraham Santos Ontiveros, Dr. Juan Figueroa Garcia, Dr. Gilberto Castillo Sandoval, psicólogo Alan Suresh Vazquez Raposo y muchos otros de las materias de la maestría que por espacio omitiré mencionar pero que los tengo presente en el agradecimiento más sincero y por último no menos importante a todo el personal de las distintas áreas administrativas, logísticas, sanitarias de las instituciones en las cuales se realizó este trabajo. Junto con la colaboración de los pacientes participantes y el apoyo de sus familiares.

A todos ellos gracias.

Índice

Resumen	7
Antecedentes	8
Marco Teórico	9
Justificación	16
Planteamiento del problema y pregunta de investigación	17
Pregunta de investigación	18
Objetivos	19
Hipótesis de trabajo	20
Material y Métodos	21
Diseño del estudio	22
Población de estudio	23
Criterios de selección	24
Tamaño de muestra	26
Técnica de Muestreo Selectivo	27
Desenlaces y variables	28
Definición conceptual y operacional de las variables	29
Descripción del estudio	37
Evidencia fotográfica de la intervención	40
Análisis estadístico	41
Aspectos éticos	42
Recursos, financiamiento y factibilidad	45
Aspectos de bioseguridad	46
Resultados	47
Discusión	60
Conclusiones	62
Cronograma de actividades	63
Referencias bibliográficas	64
Anexos	68

RESUMEN

Título: "Efecto de la Terapia Cognitivo Conductual Breve individual en la depresión favorece la sobrecarga de volumen en hemodiálisis crónica".

ANTECEDENTES

Es considerado actualmente que uno de los objetivos más importantes de la diálisis es mantener al enfermo sin sobrecarga de volumen. La presión arterial (PA) antes de la diálisis es el indicador clínico más utilizado para inferirlo. Se ha demostrado en diversos estudios que la depresión favorece la sobrecarga de volumen. La TCCB en grupo ha demostrado incidir sobre la depresión. Este método se ha utilizado poco en diálisis, en donde la modalidad individual es más accesible.

Objetivo: Se evaluó el efecto de la TCCB individual sobre la depresión leve a moderada que favorece la sobrecarga de volumen en HDC. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio clínico cuasi-experimental antes/después, de 50 pacientes en HDC del HGR200. **Criterios de inclusión:** 1) Ganancia de peso interdialítica ≥ 3.0 k; 2) la depresión leve a moderada; 3) Sin tratamiento antidepressivo; 4) TA $\geq 140/90$ mmHg debida a sobrecarga de volumen.

Se darán 10 sesiones durante la HD. Se registraron variables demográficas, relacionadas a la diálisis y relacionadas a la esfera psicológica antes y un mes después de la TCCB. Se considerará como efectiva si después de cuatro semanas de haberla concluido el enfermo acude a las sesiones de HDC con: 1) Disminución promedio $\geq 30\%$ de la ganancia de peso inter-dialítica; 2) Reducción de PA promedio ≥ 10 mmHg; 3) Reducción $\geq 25\%$ del puntaje del Cuestionario de Beck. 4) Mejoría del puntaje de cambio mayor a 20 en los dominios de Calidad de Vida. Todo realizado en comparación con los datos basales.

Análisis estadístico: Se realizó estadística descriptiva y estadística inferencial. Se analizó 1 solo grupo, hay 2 mediciones en diferentes tiempos, para el análisis inferencial se realizó la Prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas. Para comparar los cambios se realizaron deltas. Una $p < 0.05$ con IC 95% se consideró como significativa. **Resultados:** A nivel de adherencia a líquidos, se obtuvo un cambio de 64.52 kg (RIQ: 57-72) pre-intervención a 59.3 (RIQ: 50-63) post-intervención, con significancia y una delta de cambio de -7.93 (RIQ: -9.48 a -4.92) kg post-intervención. En la TA sistólica la mediana pre-intervención de 147.3 (RIQ: 141-158) mmHg a post-intervención 140.2 (RIQ: 130-149) mmHg significativa.

En cuanto a los dominios psicológicos, la depresión con el tratamiento obtuvo remisión clinimétrica en el 75% de los pacientes y la ansiedad se disminuyó a nivel leve, en 30% de la población, las variables de QoL aumentaron en todos los dominios más de 30 puntos lo cual es considerado en todo sentido una intervención exitosa en estudios de QoL. **Conclusiones:** En este estudio cuasiexperimental los resultados destacaron un efecto positivo y marcado en las condiciones psicológicas, como es el afecto depresivo, la ansiedad y parámetros de calidad de vida. La intervención también tuvo éxito en mejorar los resultados de la adherencia a los líquidos y disminución en la presión arterial, datos consistentes posterior a un mes de seguimiento.

MARCO TEÓRICO

Enfermedad renal crónica en México

La enfermedad renal crónica (ERC) ha alcanzado una gran relevancia como problema de salud pública en los últimos años debido a su creciente prevalencia y a los altos costos que genera para el sistema de salud y el paciente¹. En nuestro país la causa más frecuente es la diabetes tipo 2 en aproximadamente del 30-40% de los casos, seguida de la hipertensión arterial (HTA) y las glomerulopatías primarias^{2,3}.

Una vez iniciada la terapia sustitutiva con diálisis, la mortalidad de los enfermos es de 6.3 a 8.2 veces mayor si se compara con la de la población general; estos enfermos fallecen primordialmente de enfermedades cardiovasculares, infecciones y desnutrición. Según proyecciones epidemiológicas, se estima que para el año 2025 habrá aproximadamente 212 mil pacientes que vivan con esta enfermedad y se registran casi 160 mil muertes relacionadas a la misma⁴.

En el contexto de México, se ha reportado que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) atiende aproximadamente al 85% de la población mexicana y la enfermedad renal crónica (ERC) se encuentra dentro de las primeras 10 primeras causas de mortalidad registradas dentro del instituto. Se estima que el número de pacientes en diálisis es de aproximadamente 65,000, con costos totales calculados en más de 300 mil pesos anuales por paciente⁵.

Es imperativo mantener a pacientes que viven con ERC en parámetros nefrológicos óptimos que permitan aumentar su esperanza y calidad de vida. Uno de los principales problemas durante la terapia sustitutiva de la función renal con diálisis, es la dificultad para mantener a los pacientes sin sobrecarga de volumen. En la práctica clínica diaria este parámetro se evalúa monitorizando el peso seco del paciente. A continuación, abordaremos brevemente las repercusiones de la sobrecarga de volumen y las estrategias que se utilizan para ayudar al paciente que vive con ERC a que colabore con su tratamiento, dando énfasis a las intervenciones no farmacológicas en el entorno Psiquiátrico y psicoterapéutico.

Repercusiones de la sobrecarga de volumen en el paciente en diálisis

La sobrecarga de volumen es un problema común en esta población y se asocia con resultados adversos como la HTA sistémica, hipertensión pulmonar e hipertrofia ventricular izquierda (HVI), lo que resulta en un aumento neto en el riesgo de mortalidad asociada a ERC. Prescribir y mantener un peso seco en parámetros normales es una actividad cotidiana en los Centros de Diálisis, en donde el Médico depende de la constante colaboración del paciente que vive con ERC en su domicilio para conseguirlo⁶.

A pesar de una dificultad para llegar a un consenso, la definición aceptada y más extendida de peso seco es la siguiente: “es el peso en el cual el paciente sale de la sesión de diálisis con una PA óptima, en ausencia tanto de datos clínicos de sobrecarga de volumen como de síntomas de hipotensión ortostática, y además permanece normotenso hasta la siguiente sesión de diálisis en ausencia de medicación antihipertensiva”^{7,8}.

Cualquier incremento en la PA requiere de un ajuste inmediato. Este ajuste no se hace con fármacos; se hace incrementando la ultrafiltración (UF) durante la diálisis de forma cuidadosa y progresiva ya que la UF excesiva ocasiona calambres, ortostatismo y disminución del llenado cardiaco. Estos datos clínicos que sugieren deshidratación requieren de complementación diagnóstica que permitan evaluar con mayor certeza el peso seco⁸.

Las consecuencias de no estar en el peso seco están directamente relacionadas con un estado de sobrehidratación y mala distribución de los líquidos del cuerpo que condicionan una mala oxigenación, mayor daño a órganos diana, un mayor número de ingresos hospitalarios por sobrecarga de volumen - los cuales suelen ser prolongados-, así como un aumento en la morbilidad y la mortalidad de origen cardiovascular⁹.

De acuerdo a la estadística de los Estados Unidos de Norteamérica, el 38% de todas las muertes en diálisis son ocasionadas por enfermedades cardiovasculares, principalmente debido a arritmias e insuficiencia cardiaca (24 y 3% respectivamente), comorbilidades asociadas con la HVI y la HAS. En México, se ha estimado que se producen alrededor de 280,000 episodios de sobrecarga de líquidos al año, de los cuales tienden a requerir atención hospitalaria avanzada y cuyo costo estimado se ha calculado es de 1.7 mil millones de dólares americanos al año¹⁰. Corregir la sobrecarga de volumen –o estar más cerca del peso seco incluso en cantidades relativamente pequeñas, mejora la PA y disminuye el riesgo de complicaciones asociadas.

Para la estimación del peso seco, existen diversos métodos para su medición que van desde observaciones clínicas (P.ej. PA antes de iniciar la diálisis, las variaciones en el hematocrito, los hábitos dietéticos, etc.) hasta estudios sofisticados (P.ej. la medición del diámetro de la vena cava superior en inspiración y la bioimpedancia vectorial). Sin embargo, la mayoría de los Centros de Diálisis carecen de una gran proporción de estudios sofisticados, por lo que tomando en cuenta que la PA antes de la diálisis es una buena referencia para pensar que el enfermo se encuentra en su peso seco.

La Bioimpedancia eléctrica, ha ido posicionándose como un método no invasivo y útil para medir de manera más objetiva el peso seco. Su estimación se basa en el principio de que los tejidos biológicos se comportan como conductores o aislantes de una corriente eléctrica de acuerdo a su composición.

En este sentido, se mide la impedancia del cuerpo como una corriente eléctrica alterna de características conocidas, siendo la resultante de la resistencia (R =oposición de las soluciones iónicas intra y extracelulares al paso de la corriente) y la reactancia (X_c =producto de la capacitancia de las membranas celulares, que se comportan como condensadores), permitiendo conocer el estado nutricional global.

La bioimpedanciometría en pacientes en HD se puede realizar pre o post-HD en posición supina, tras 5 min de reposo y sin elementos metálicos, colocando, en el lado contrario al de la FAVI, 2 electrodos en el dorso de la mano contraria al acceso vascular y 2 en el pie ipsilateral, de tal forma que 2 electrodos inyectan la corriente (los de color rojo en mano y pie) y 2 la leen (los de color negro en mano y pie), creando un circuito cerrado cuya longitud es la altura del paciente¹¹.

Con base a lo descrito, mantener al paciente con ERC en su peso seco es una acción dinámica que se evalúa constantemente durante la diálisis. La participación del paciente es fundamental para mantenerlo, y esto implica que se cumplan con las indicaciones nutricionales y de restricción de la

ingesta de líquidos por periodos prolongados de tiempo cuando se realizan ajustes al tratamiento. Al hecho de que el paciente participe activamente y colabore con cualquier tratamiento se le llama apego (o adherencia) al tratamiento y es un asunto difícil en las enfermedades crónicas.

En el caso de la ERC, el apego al tratamiento implica un balance entre la ingesta de sodio, agua y una diálisis correcta, que son los pilares fundamentales para mantener el peso seco. Sin embargo, la literatura muestra que este balance difícilmente se cumple en la práctica clínica real a pesar de las muchas estrategias que se han implementado a lo largo de los años.

Poco se ha abordado sobre el sentir del paciente, quien sufre las consecuencias físicas y emocionales de la enfermedad renal crónica. En los siguientes párrafos se describe la evidencia científica que existe en relación con los trastornos en la esfera anímica que favorecen el mal apego del enfermo al tratamiento no farmacológico.

Dificultades para el apego al tratamiento en el paciente con ERC

La ERC, al igual que otras enfermedades crónico-degenerativas, requiere de un alto nivel de compromiso terapéutico y seguimiento de por vida. Debido a las características de la terapia sustitutiva (frecuencia de sesiones, farmacoterapia de por vida e indicaciones dietéticas precisas)^{12, 13}, las estadísticas indican que del 30-60% de los pacientes no cumplen con las recomendaciones, particularmente en aquellas relacionadas a la ingesta de líquidos^{14, 15}.

Como se ha descrito en párrafos previos, las consecuencias clínicas son desfavorables para el paciente y suelen requerir de atención inmediata. La principal acción está dirigida primordialmente a la prescripción de la diálisis: mayor tiempo o mayor frecuencia¹⁵. Esto genera disgusto y alteraciones en determinantes psicológicas del enfermo (ansiedad y depresión), que frecuentemente tiene que realizar ajustes adicionales a su rutina habitual. La evidencia creciente sugiere que las estrategias de intervención conductual, como la psicoeducación enfocada en la instrucción en autocontrol, intervención conductual (refuerzo positivo) y cognitiva (realización de acuerdos terapéuticos), mejoran y facilitan el tratamiento de estos pacientes¹⁶⁻²⁵.

Importancia de la depresión en la ERC

Se sabe que la depresión es el problema psicológico más frecuente en personas que viven con ERC en HDC: la prevalencia estimada es de alrededor del 30%. Está asociada a un mayor número de hospitalizaciones, a la aparición de otras complicaciones médicas e incluso al aumento global de la mortalidad. A pesar de que se ha demostrado la asociación entre depresión y ERC, aún se desconocen las razones biológicas por las cuales existe, porque a pesar de que los enfermos estudiados tienen una adecuada prescripción de diálisis, el apego al tratamiento es pobre. Por tanto, existe la teoría de que está relacionada a factores conductuales, sociales, morales y afectivos que merman la disposición del paciente a cumplir con las indicaciones médicas.

Más allá de las causas biológicas, la desesperanza y la fatiga que producen la depresión se ha demostrado que la depresión impacta en la adherencia terapéutica de una manera psico-conductual²⁷. Existen varios autores que sugieren que el tratamiento de la depresión en la ERC en sustitución renal puede ser posible a través de la modulación de los factores psicológicos, ya que la sintomatología depresiva está ligada a la desesperanza y responde adecuadamente a intervenciones

de tipo cognitivo-conductual y psicoeducación, lo cual impacta positivamente el pronóstico global al disminuir las comorbilidades asociadas y mejora la calidad de vida²⁸⁻³¹.

Importancia de una diálisis adecuada sobre la depresión

Hasta ahora se ha mencionado cómo la depresión puede influir en la participación del enfermo para incidir en uno de los parámetros que definen a una diálisis adecuada. Sin embargo, se desconoce si los enfermos sin una buena dosis de diálisis tienen la misma prevalencia de depresión, ya que los estudios se han realizado en sujetos bien dializados.

Sólo se sabe que una adecuada prescripción de diálisis únicamente corrige de forma parcial algunos aspectos de la calidad de vida y es más la influencia del estado emocional aún en estos pacientes correctamente dializados³². En Nefrología, una diálisis adecuada es aquella que cumple con los siguientes parámetros^{33,34}: a) KT/V igual o mayor a 1.3; b) Peso seco adecuado; c) % de recirculación de urea en el acceso vascular <10; d) % de reducción de urea (PRU) >70.

Puede observarse que los parámetros que definen a una diálisis adecuada son cálculos matemáticos que están directamente relacionados al tiempo de diálisis y a la calidad de los filtros. Sin embargo, la investigación moderna ha cambiado su visión añadiendo conceptos que engloban elementos psicobiológicos-psicosociales y psicoculturales, y ha incluido a la adherencia terapéutica como un parámetro adicional³⁵.

Una definición completa de apego (o adherencia) terapéutica es la siguiente: “Es el cumplimiento de los tratamientos y recomendaciones higiénico-dietéticas, además de modificaciones en el estilo de vida, de manera más saludable, que potencializa y mantiene los tratamientos médicos convencionales”³⁶. En el caso de los enfermos renales es una condición que influye en los parámetros hemodialíticos mencionados y fundamentalmente impacta en la eficacia de la HD.

Terapia cognitivo conductual de breve

Las teorías cognitivas del cambio de comportamiento se han aplicado al tratamiento de casi todos los problemas médicos crónicos. Estas teorías están basadas en la observación de que los problemas de las personas son fundamentalmente emocionales y conductuales, y que estos están producidos por alteraciones de creencias disfuncionales sobre ellas mismas y el mundo que les rodea^{37, 38}.

Las creencias disfuncionales se definen como pensamientos irracionales de minusvalía, incapacidad y desesperanza. Estas creencias influyen en los pensamientos de las personas por lo que crean distorsiones cognitivas y esto puede conducir a alteraciones emocionales (como la depresión) y conductuales (como la ingesta de líquidos o de alimentos con alta concentración en sodio). Son “breves” porque utilizan un número limitado de sesiones (de 10-15) con objetivos específicos. Una terapia “no breve” habitualmente dura entre 30-60 sesiones, sin embargo, ambas tanto la terapia breve como la “no breve”, sus efectos se evalúan mediante instrumentos clinimétricos y objetivos psicoterapéuticos³⁹.

La clinimetría es el método más objetivo para evaluar los cambios psico-emocionales y psico-conductuales al aplicar tratamientos psicoterapéuticos, son reconocidos como los instrumentos principales en la investigación psicológica (las pruebas aplicadas se encuentran en anexos)⁴⁰.

a) Terapia cognitivo conductual breve en el paciente con ERC en hemodiálisis

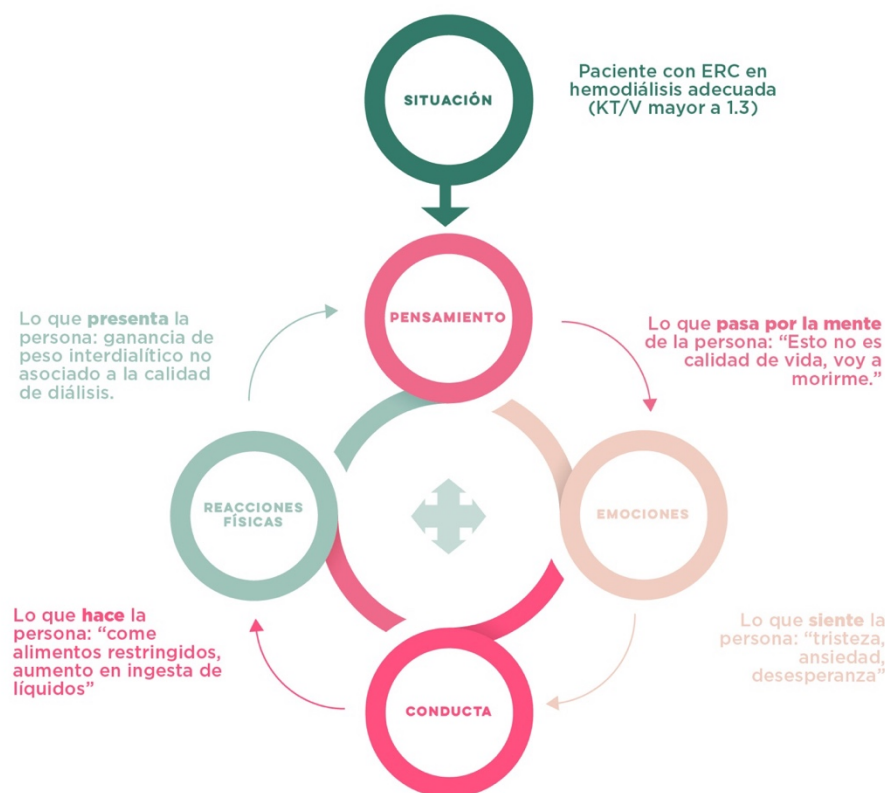
Las teorías cognitivas comentadas en el párrafo previo se aplican sin dificultad al paciente en HDC en quienes los problemas emocionales como la depresión y la falta de apego al tratamiento médico no son inusuales. Aunque no hay una explicación contundente de tipo psicobiológico de este hecho, se sabe que son más susceptibles a tener creencias y actitudes negativas con respecto a su tratamiento y en consecuencia son más propensos a producir distorsiones cognitivas y a tener consecuencias emocionales y conductuales.

Las investigaciones previas sugieren que las distorsiones de pensamiento influyen en el comportamiento relacionado con la salud de estos pacientes⁴¹.

La TCC modifica la creencia del paciente de que es incapaz de afrontar la restricción en la ingesta de líquidos. Los enfermos tienen la creencia distorsionada de que su capacidad para cumplir con esta indicación es poca o nula y por tanto no la cumplen⁴².

Pensamientos distorsionados y negativos tales como “Restringirme en el consumo de líquidos está más allá de mi control ... estoy enfermo voy a morir ... la hemodiálisis me dejará ciego” provocan sentimientos negativos (como tristeza, ira y desesperanza), así como comportamientos desadaptativos de salud (p. ej., beber en exceso) que provocan un ciclo negativo que le da fortaleza a la creencia distorsionada, como puede observarse en la imagen 1.

Imagen 1. Ciclo negativo de pensamientos, emociones y conductas.



Esquema explicativo de la relación pensamiento, emociones, conducta y reacciones físicas, su funcionamiento y ejemplo de aplicación en pacientes con ERC.

Son varios los artículos científicos han detectado que los factores psicológicos influyen directamente en la adherencia terapéutica y por tanto en la eficacia de la hemodiálisis, de estos factores psicológicos el más destacado es la depresión, el cual además de ser el más asociado a comorbilidades, disminución en la calidad de vida y adherencia terapéutica, se encuentra infradiagnosticado y por tanto sin tratamiento adecuado

Imagen 2. Influencia de los factores psicosociales y la enfermedad física.



En la imagen 2 se puede observar la influencia de los factores psicológicos en los procesos biológicos y a su vez los patrones conductuales negativos producen empeoramiento del estado de salud,

complican enfermedades y dificultan el tratamiento, la relación que existe entre el psiquismo y comportamiento del individuo, tiene una determinación fundamental en su estado de salud y evolución clínica.

Las investigaciones en esta área específica son limitadas, a pesar de la iniciativa de la OMS de promover los abordajes psicológicos, ya sea como potenciadores de tratamientos convencionales farmacológicos, como tratamientos que promuevan la adherencia terapéutica o por sí mismos capaces de influir directamente en la evolución de la enfermedad; en los últimos cinco años los estudios de corte psicosomático en el área de la enfermedad renal son los siguientes:

El ensayo clínico aleatorizado de Cukor y cols., quienes, a diferencia de los otros autores, utilizó la TCC breve, pero de forma individual se evidenció el efecto benéfico de esta modalidad terapéutica en el 89% de los pacientes en HDC sobre la restricción de líquidos, la disminución de la sintomatología depresiva, la calidad de vida y en la ganancia del peso interdialítica, todas de manera significativa.

La muestra fue de 65 pacientes de los cuales 59 completaron el estudio. La ventaja de realizar esta modalidad de tratamiento es que permite una mejor adherencia tanto al tratamiento hemodialítica como al enfoque psicoterapéutico, utilizando el tiempo del paciente durante su hemodiálisis y no generándole mayores gastos de traslado y otros recursos⁴⁸.

Por último, existe un único reporte en México en el año 2017 publicado por Lerma y cols., quienes, a través de un estudio clínico aleatorizado con ciego simple, aleatorizaron a 152 pacientes en HDC con depresión y ansiedad de grados leve a moderados, para recibir TCCB grupal durante 2 horas comparada con la atención médica convencional. Sus resultados mostraron mejoría en el 33% de los sujetos deprimidos y en el 43% de los sujetos con ansiedad⁴⁹.

Puntos clave

- La ERC es un problema de salud pública a nivel mundial, donde en México la ERC encabeza las primeras causas de mortalidad en el IMSS.
- La sobrecarga de volumen es un problema común en esta población. Para mantener al enfermo en su peso seco se requiere de tener apego al tratamiento.
- La depresión es una de las causas más comunes de falta de apego al tratamiento de cualquier tipo, incluyendo a la sobrecarga de volumen. Existe información que sugiere que las medidas de corte psicológico enfocadas en este objetivo terapéutico son altamente efectivas, complementarias y de relativo bajo costo.
- La TCC breve grupal, ha demostrado su eficacia para lograr el control de la depresión y mejorar la restricción de líquidos en poblaciones tan específicas como pacientes con ERC en hemodiálisis.
- La evidencia sobre la TCC breve a nivel individual en pacientes en HDC sigue siendo escasa.

JUSTIFICACIÓN

Se ha documentado que la depresión leve a moderada es altamente prevalente en la población en HDC. Está subdiagnosticado y fomenta el mal apego al tratamiento. Las morbilidades asociadas a la sobrecarga de volumen a pesar de una buena prescripción de diálisis son una causa frecuente de ingresos hospitalarios y un aumento en la mortalidad. Existe evidencia científica que apoya la asociación entre la depresión y la sobrecarga de volumen, aunque se desconocen los mecanismos biológicos que la conforman⁴²⁻⁴⁶.

La depresión requiere de tratamiento al igual que otras enfermedades. Este puede ser farmacológico o no farmacológico. En este sentido, la terapia cognitivo-conductual breve, realizada en forma grupal ha demostrado ser útil en mejorar el apego al tratamiento médico de pacientes con enfermedades crónicas, tales como la ERC, ya que modifica la conducta autodestructiva que fomenta el mal apego al tratamiento.

Aunque la terapia grupal es una buena opción para esta población, su utilidad en la práctica clínica está limitada, porque los pacientes que viven con ERC no son una población homogénea y la variabilidad de sus horarios dificultan la reunión al mismo tiempo³⁶⁻⁴⁰.

Es por ello por lo que se desarrolló la TCC breve individual, la cual se otorgó a cada enfermo durante el tiempo que recibió las sesiones de HDC. El presente estudio es pertinente porque al ser una intervención de carácter psicológico el beneficio es permitirle a los pacientes responsabilizarse, empoderarse de su tratamiento y mejorar su calidad de vida y simultáneamente atender el llamado a la acción de la OMS, acerca de la importancia de establecer intervenciones psico-conductuales, para mejorar los tratamientos en poblaciones con enfermedades crónicas, disminuir el impacto de la enfermedad con intervenciones de menor costo y no farmacológicas³⁵.

Aunque la experiencia es limitada, se ha observado un efecto positivo sobre la ingesta de líquidos debida a la depresión, una mejoría en la calidad de vida y una disminución en la severidad de la depresión.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

La ERC ha alcanzado una gran relevancia como problema de salud pública en los últimos años debido a su creciente prevalencia y a los altos costos que genera. Se estima que para el año 2025 habrá cerca de 212 mil casos y se registran casi 160 mil muertes relacionadas a esta enfermedad, es un problema de salud para la población mexicana eminente a mediano plazo ^{1,2}.

Una de las principales dificultades es que el enfermo en HDC logre mantenerse sin sobrecarga de volumen a lo largo del tratamiento, ya que para ello se requiere un balance entre la ingesta de líquidos, sodio y una diálisis óptima. La herramienta clínica que ha demostrado permite aproximar que el enfermo se encuentra sin sobrecarga de volumen es la PA antes de la diálisis, la cual traduce en más del 80% de los casos el balance hídrico del enfermo.

Aunque el tratamiento de la HTA es incrementar la UF, no se ha explorado con precisión cuáles son las razones por las cuales el paciente que vive con ERC suele carecer de iniciativa para minimizar las complicaciones clínicas que le ocasionan mayor hospitalización y muerte de origen cardiovascular.

La depresión ha adquirido una importancia creciente en los últimos años porque es altamente prevalente en la población en diálisis y está subdiagnosticada. Interfiere en forma directa con el apego del enfermo en sus indicaciones médicas debido a que el diagnóstico de depresión no se realiza oportunamente. La frecuente falta del diagnóstico de depresión limita en un gran porcentaje las alternativas de tratamiento, que pueden ser farmacológicas y no farmacológicas dependiendo de su gravedad ⁴³⁻⁴⁶.

La terapia cognitivo- conductual breve durante las sesiones de HDC ha demostrado su utilidad en otras enfermedades crónicas; la información se ha encontrado limitada en la población en HDC, aunque han sido consistentes los datos que sugieren que la relación psicosomática de la depresión, con ello la sobrecarga de volumen y la consecuente HTA de los enfermos, pueden ser tratados por la vía psicoterapéutica⁴⁰.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

- **Pregunta general:**

¿Cuál es el efecto que ejerce la Terapia Cognitivo Conductual Breve (TCCB) individual a 4 semanas sobre la depresión leve a moderada que favorece la sobrecarga de volumen sistémica en pacientes que viven con ERC tratados con hemodiálisis crónica?

- **Pregunta específica:**

¿Cuál es el porcentaje de cambio a 4 semanas en el puntaje del Cuestionario de Depresión de Beck, la ganancia de peso interdialítica y la presión arterial en pacientes que viven con ERC tratados con hemodiálisis crónica (HDC) si el paciente recibe tratamiento para la depresión leve a moderada con Terapia Cognitivo Conductual Breve (TCCB) individual durante las sesiones de hemodiálisis?

OBJETIVOS

- **Objetivo General.**

Se evaluó el efecto de la TCCB individual sobre el cambio basal y a 4 semanas en la depresión leve a moderada que favorece la sobrecarga de volumen en pacientes que viven con ERC tratados con HDC.

- **Objetivos específicos.**

1. Se determinó el cambio del puntaje del Cuestionario de Depresión de Beck, la ganancia de peso interdialítica y la presión arterial antes de iniciar la hemodiálisis y a 4 semanas después de recibir tratamiento para la depresión leve a moderada con TCCB individual.
2. Determinación de la disminución del puntaje de la escala de BAI (escala de ansiedad), en la escala de calidad de vida y de distorsiones cognitivas antes de iniciar la el tratamiento de hemodiálisis y a 4 semanas después de recibir tratamiento para la depresión leve a moderada con TCCB individual.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

El tratamiento de la depresión leve a moderada con TCCB individual reduce al menos un 25% del puntaje del Cuestionario de Depresión y ansiedad de Beck, un 30% la ganancia de peso interdialítica, un 10% la PA antes de la diálisis, una mejoría en la escala de calidad de vida medida por delta de cambio mayor a 20 y se mantiene así 4 semanas después de haberla concluido.

MATERIAL Y MÉTODOS

a. Descripción de maniobra o intervención

DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio cuasiexperimental antes/después 50

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Pacientes con enfermedad renal crónica en HDC del HGR 200, aproximadamente 200 derechohabientes en programa de hemodiálisis regular por lo menos 6 meses antes de iniciar la TCCB individual de forma consecutiva, que cumplan con los siguientes criterios de selección y acudan a las sesiones programadas.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

- **Criterios de inclusión.**

- a. Autorización del enfermo mediante la firma del consentimiento informado.
- b. Cualquier sexo.
- c. Mayores de 18 años de edad.
- d. Una puntuación de Depresión leve a moderada (>10 y <30 puntos en el Cuestionario de Depresión de Beck).
- e. Ganancia de peso inter dialítica ≥ 3.0 k durante los últimos 3 meses.
- f. Con TA $\geq 140/90$ mmHg antes de iniciar la diálisis debida a sobrecarga de volumen.
- g. Haber acudido al menos a 3 sesiones/semana de HD en los últimos 6 meses.
- h. Tiempo de duración de cada sesión de HD igual o mayor a 180 minutos.
- i. KT/V igual o mayor a 1.3*
- j. Sin desnutrición

- **Criterios de exclusión**

- a. Diagnóstico de discapacidad cognitiva que impida contestar los cuestionarios, recibir la terapia o autorizar el ingreso por escrito al estudio.
- b. Sospecha clínica de hipertensión arterial no dependiente de volumen.
- c. Diagnóstico establecido de hipertensión arterial secundaria o resistente.
- d. Depresión severa cuantificada por cuestionario de Beck (mayor a 30 puntos).
- e. Antecedente médico de Diabetes Mellitus

- **Criterios de eliminación**

- a. Decisión del enfermo de retirarse del estudio.
- b. No completar el número de las sesiones psicoterapéuticas en el tiempo estipulado.

c. Ingreso a hospitalización por cualquier causa.

*El KT/V como indicador de calidad de dosis de diálisis es compatible con los estándares de calidad en la diálisis más ambiciosos, además que un nivel alto del mismo se ha asociado con aumento de la mortalidad^{45, 46}.

TAMAÑO DE MUESTRA

Para estudios cuasiexperimentales que evalúan una intervención psicoterapéutica se recomienda incluir entre 30 y 50 participantes, los cuales deben poseer los atributos que se desean medir en la población objetivo⁵¹.

TÉCNICA DE MUESTREO SELECTIVO

-Descripción de los formatos de evaluación

-Formato de Captura de Datos Generales: (Nombre, edad, sexo, e-mail, teléfono de contacto, anexos).

-Formato para la captura de las variables de interés (Inventarios y expediente clínico, anexos).

DESENLACES Y VARIABLES

- Variable independiente: Depresión leve o moderada
- Variable dependiente: Puntaje del Cuestionario de Depresión de Beck (anexo 1), promedio de ganancia de peso inter-dialítica, promedio de PA sistólica y diastólica antes de iniciar la diálisis
- Variables confusoras: prescripción de antihipertensivos, la coexistencia de trastornos de la personalidad u otras psicopatologías que no se mejoran con la TCCB individual.
- Otras variables: Las variables se dividen de la siguiente forma: 1) Demográficas; 2) Relacionadas a la diálisis y 3) Relacionadas a la esfera psicológica:
 - a. Sexo, edad, ocupación, escolaridad, ocupación, estado civil, fecha de diagnóstico de enfermedad renal terminal.
 - b. Fecha de inicio, temporalidad de terapias sustitutivas renales.
 - c. Parámetros bioquímicos.
 - d. Comorbilidades médicas y neuropsiquiátricas.
 - e. Tratamientos médicos.
 - f. Puntuaciones en otros inventarios psicométricos (BAI, SF36 QoL, anexo 5).

Demográficas	Relacionadas a la diálisis	Relacionadas a la esfera psicológica
Edad	Causa de la ERC	Puntaje del Cuestionario de Beck (BDI) al inicio la terapia
Sexo	Tiempo en diálisis (años)	Puntaje del Cuestionario de Beck (BDI) 1 mes después de la terapia
Escolaridad	KT/V X ganancia de peso interdialítica de los últimos 3 meses	Puntaje del Cuestionario de Beck (BAI) al inicio de la terapia
Ocupación	X TA sistólica de los últimos 3 meses X TA diastólica de los últimos 3 meses	Puntaje del Cuestionario de Beck (BAI) 1 mes después de la terapia
Estado civil	Prescripción de antihipertensivos 3 meses antes de la terapia	Puntaje del Cuestionario de QoL al inicio de la Terapia
	X ganancia de peso interdialítica 1 mes después de la terapia X TA sistólica de los últimos 1 mes después de la terapia X TA diastólica de los últimos 1 mes después de la terapia Variables de bioimpedancia pre y post	Puntaje del Cuestionario de QoL 1 mes después de la terapia

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Variables demográficas

Variables	Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variable	Escala de medición
Edad	Tiempo que ha vivido la persona	Tiempo vivido en años	Cuantitativa Discreta	Intervalo
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina de los participantes	Condición masculina o femenina	Cualitativa	Nominal
Escolaridad	Último grado académico cursado	El grado escolar en años concluido	Cualitativa Ordinal	Nominal
Ocupación	Tener un trabajo o una tarea como actividad estable	Condición de la persona en una tarea: empleado, desempleado, hogar	Cualitativa	Nominal
Estado civil	Condición de una persona conforme al registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Casado, soltero, divorciado, unión libre	Cualitativa Discreta	Nominal

Variables relacionadas a la diálisis

Variab les	Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variable	Escala de medición
Causa de la ERC	Etiología de la ERC, las más comunes en población mexicana	Debido a que las causas de la ERC son múltiples se registrará la que aparezca en el expediente clínico, como serían: DMT2	Cualitativa	Nominal
Tiempo en diálisis	Tiempo en el que la persona ha recibido hemodiálisis	Tiempo en años	Cuantitativa Discreta	Intervalo
KT/V	Indicador de diálisis correcta, dato igual o mayor a 1.3	Valor de KT/V mayor a 1.3	Cuantitativa Continua	Razón
Promedio de ganancia de peso inter- dialítica de los últimos tres meses antes de la terapia	Obtención de la cuantificación promedio de los pesos inter- dialíticos de tres meses. El promedio es el resultado que se obtiene de dividir la suma de los pesos inter-dialíticos antes de la diálisis entre el número de sesiones	El número obtenido por paciente al dividir la suma de los pesos de los últimos tres meses antes de iniciar la diálisis. Un promedio mayor a 3 kg será criterio de inclusión	Cuantitativa Continua	Razón
Promedio de TA sistólica tres meses antes de la terapia	El promedio es el resultado que se obtiene de dividir la suma de la TA sistólica antes de la diálisis entre el número de mediciones de los últimos tres meses antes de la terapia	El número obtenido por paciente al dividir la suma de la TA sistólica antes de la diálisis entre el número de mediciones de los últimos tres meses antes de la terapia	Cuantitativa Continua	Razón

Promedio de TA diastólica de los últimos 3 meses antes de la terapia	El promedio es el resultado que se obtiene de dividir la suma de la TA diastólica antes de la diálisis entre el número de mediciones de los últimos tres meses antes de la terapia	El número obtenido por paciente al dividir la suma de la TA diastólica antes de la diálisis entre el número de mediciones de los últimos tres meses antes de la terapia	Cuantitativa Continua	Razón
Prescripción de antihipertensivos 3 meses antes de la terapia	Nombre de antihipertensivos que el paciente utiliza los tres meses antes de la terapia	Registro de fármacos antihipertensivos a partir del expediente clínico	Cualitativa	Nominal
Promedio de ganancia de peso inter-dialítica de un mes después de la terapia	Obtención de la cuantificación promedio de los pesos inter-dialíticos de tres meses. El promedio es el resultado que se obtiene de dividir la suma de los pesos inter-dialíticos antes de la diálisis entre el número de sesiones	El número obtenido por paciente al dividir suma de los pesos en el último mes después de la terapia.	Cuantitativa Continua	Razón
Promedio de TA sistólica un mes después de la terapia	El promedio es el resultado que se obtiene de dividir la suma de la TA sistólica antes de la diálisis entre el número de mediciones del último mes después de la terapia	El número obtenido por paciente al dividir la suma de la TA sistólica antes de la diálisis entre el número de mediciones del último mes después de la terapia	Cuantitativa Continua	Razón

Promedio de TA diastólica un mes después de la terapia	El promedio es el resultado que se obtiene de dividir la suma de la TA diastólica antes de la diálisis entre el número de mediciones del último mes después de la terapia	El número obtenido por paciente al dividir la suma de la TA diastólica antes de la diálisis entre el número de mediciones del último mes después de la terapia	Cuantitativa Continua	Razón
Total de agua corporal en litros	El valor de la impedancia corporal proporciona una estimación directa del agua corporal total.	El agua en litros por bioimpedancia pre y post-intervención	Cuantitativa Continua	Razón
Porcentaje de agua corporal	El valor de la impedancia corporal proporciona una estimación en porcentaje del agua corporal total	El agua corporal por bioimpedancia en porcentaje pre y post-intervención	Cuantitativa Continua	Razón
Total de agua extracelular	El valor de la impedancia corporal proporciona una estimación del agua extracelular.	El total de agua extracelular por bioimpedancia en litros pre y post-intervención	Cuantitativa Continua	Razón
Porcentaje de agua extracelular	El valor de la impedancia corporal proporciona una estimación en porcentaje del agua extracelular.	El porcentaje de agua extracelular por bioimpedancia en porcentaje pre y post-intervención	Cuantitativa Continua	Razón
Relación agua extracelular/Tota l	Se realiza el cociente de los valores totales de bioimpedancia del agua extracelular y total	El cociente del agua extracelular y el agua total	Cuantitativa Continua	Razón

Número de tratamientos médicos	Conjunto de tratamientos que se utilizan para tratar al paciente (medicamentos). Variable que nos permitirá cuantificar número de medicamentos de diferente tipo que utiliza el paciente (incluyendo los psiquiátricos)	Registro de medicamentos por nombre de familia: anti-hipertensivos, antidepresivos, AINES, entre otros	Cuantitativa	Nominal
Dosis de tratamientos médicos	Dosis del conjunto de tratamientos que se utilizan para tratar al paciente (medicamentos). Variable que nos permitirá cuantificar número de medicamentos de diferente tipo que utiliza el paciente (incluyendo los psiquiátricos)	Registro de las dosis de medicamentos por nombre de familia: antidepresivos, AINES, entre otros	Cuantitativa Continua	Razón

VARIABLES RELACIONADAS A LA ESFERA PSICOLÓGICA

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Puntaje del cuestionario de Beck (BDI) de depresión antes de la terapia	Se conceptualiza la depresión en base a ítems clínicos específicos estandarizados en población mexicana	Puntaje en la escala: 0-9 Depresión mínima 10-16 Depresión leve 17-29 Depresión moderada 30-63 Depresión severa	Cuantitativa Discreta	Razón
Puntaje del cuestionario de Beck (BDI) de depresión un mes después de la terapia	Se conceptualiza la depresión en base a ítems clínicos específicos estandarizados en población mexicana.	Puntaje en la escala, realizado un mes después de la terapia: 0-9 Depresión mínima 10-16 Depresión leve 17-29 Depresión moderada 30-63 Depresión severa	Cuantitativa Discreta	Razón
Puntaje del cuestionario de Beck (BAI) de ansiedad antes de la terapia	Se conceptualiza la ansiedad en base a ítems clínicos específicos estandarizados en población mexicana	Puntaje en la escala: 0-5 Ansiedad mínima 6-15 Ansiedad leve 16-30 Ansiedad moderada 31-63 Ansiedad severa	Cuantitativa Discreta	Razón

Puntaje del cuestionario de Beck (BAI) de ansiedad un mes después de la terapia	Se conceptualiza la ansiedad en base a ítems clínicos específicos estandarizados en población mexicana.	Puntaje en la escala, realizado un mes después de la terapia: 0-5 Ansiedad mínima 6-15 Ansiedad leve 16-30 Ansiedad moderada 31-63 Ansiedad severa	Cuantitativa Discreta *También se puede codificar cualitativamente	Razón
Puntaje del cuestionario de QoL (calidad de vida específico) antes de la terapia	Se conceptualiza la calidad de vida en base a ítems específicos estandarizados en población mexicana con ERC	Puntaje en la escala: Se cuantifica conforme a la sumatoria de los puntos numéricamente de los ítems, 100 es el puntaje máximo de calidad de vida	Cuantitativa Continua	Razón
Puntaje del cuestionario de QoL (calidad de vida específico) un mes después de la terapia	Se conceptualiza la calidad de vida en base a ítems específicos estandarizados en población mexicana con ERC.	Puntaje en la escala, realizado un mes después de la terapia: Se cuantifica conforme a la sumatoria de los puntos numéricamente de los ítems, 100 es el puntaje máximo de Calidad de vida	Cuantitativa Continua	Razón

Variables confusoras

Variables	Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variable	Escala de medición
Trastornos de personalidad	Trastorno psicopatológico de tipo crónico, que requiere un abordaje terapéutico específico	Presencia del diagnóstico: trastorno límite, trastorno de personalidad obsesiva, entre otros	Cualitativa Discreta	Nominal

*Efecto Hawthorne: Este efecto no podrá ser controlado en el presente estudio con las recomendaciones habituales, porque la maniobra requiere de la autorización del enfermo. Por tanto, será una debilidad agregada al diseño que no exige un grupo control. Una reciente revisión de la literatura concluyó que el Efecto Hawthorne en la investigación Psicológica es difícil de precisar por lo que no se exige en los proyectos de este tipo⁵¹.

Se presenta el formato de codificación de SPSS en anexo 6.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

- Se realizó la selección y seguimiento de los participantes (Imagen 3):

- **Escrutinio:** Con el apoyo del personal Médico y de Enfermería que laboran en la Unidad de Hemodiálisis del HGR Núm. 200 Tecámac en la Delegación Regional Estado de México Oriente, se identificó a los enfermos que reunieron los criterios de inclusión relacionados a una diálisis adecuada y se les citó individualmente para invitarlos a participar en el proyecto. Si el enfermo se mostró interesado en participar, se le aplicó el Cuestionario de Depresión de Beck. Si el resultado indicó depresión leve o moderada se le invitó a participar en el estudio. Si es depresión severa, fue enviado al servicio de Psiquiatría de forma inmediata.
- **Inclusión:** Todos los enfermos que en el escrutinio cumplieron con los criterios de inclusión acudieron con el investigador para que la explicación detallada de la intervención (puede observarse la síntesis de la TCCB y sus contenidos en la imagen 4) el método y los instrumentos que se utilizaron y se firmó la carta de consentimiento informado. Se aplicaron los Cuestionarios de Calidad de Vida y se registraron las siguientes variables: 1) Demográficas; 2) Relacionadas a la diálisis y 3) Relacionadas a la esfera psicológica. Ingresaron al programa de tratamiento que consiste en 10 sesiones de TCC breve, por un lapso de 8±2 semanas.
- **Seguimiento:** Las variables relacionadas a la diálisis se registraron 3 meses antes de empezar la terapia y durante 4 semanas más después de haberla concluido. El Cuestionario de Depresión de Beck y los Cuestionarios de Calidad de Vida se aplicaron antes de iniciar la terapia y 4 semanas después de su conclusión.
- **Interpretación de resultados:** La TCCB individual se consideró como efectiva si después de 4 semanas de haber concluido el enfermo acude a las sesiones de HDC en las siguientes condiciones: 1) Una disminución promedio de al menos $\geq 30\%$ de la ganancia de peso interdialítica en comparación con el basal; 2) La PA promedio tenga una reducción ≥ 10 mmHg en comparación con la basal; 3) Una reducción $\geq 25\%$ del puntaje del Cuestionario de Beck en comparación con el basal, 4) A nivel de la escala de calidad de vida se considera por consenso un cambio en sentido positivo de la delta mayor a 20 del efecto previo y post-intervención. Cabe destacar que se realizó la intervención y la psicometría por dos psicólogos clínicos diferentes lo que se considera un criterio relevante para la validez interna del estudio (Características del aplicador en anexos).

Imagen 3. realización de procedimiento en diagrama.

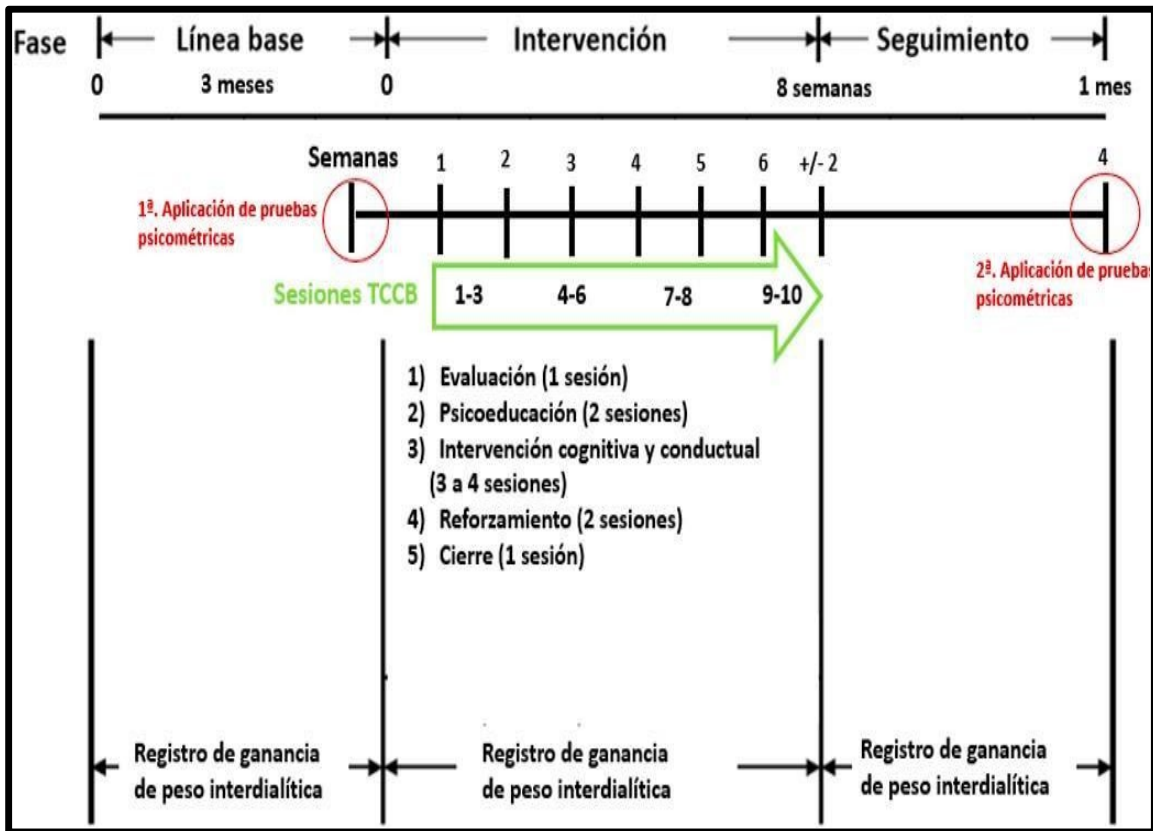
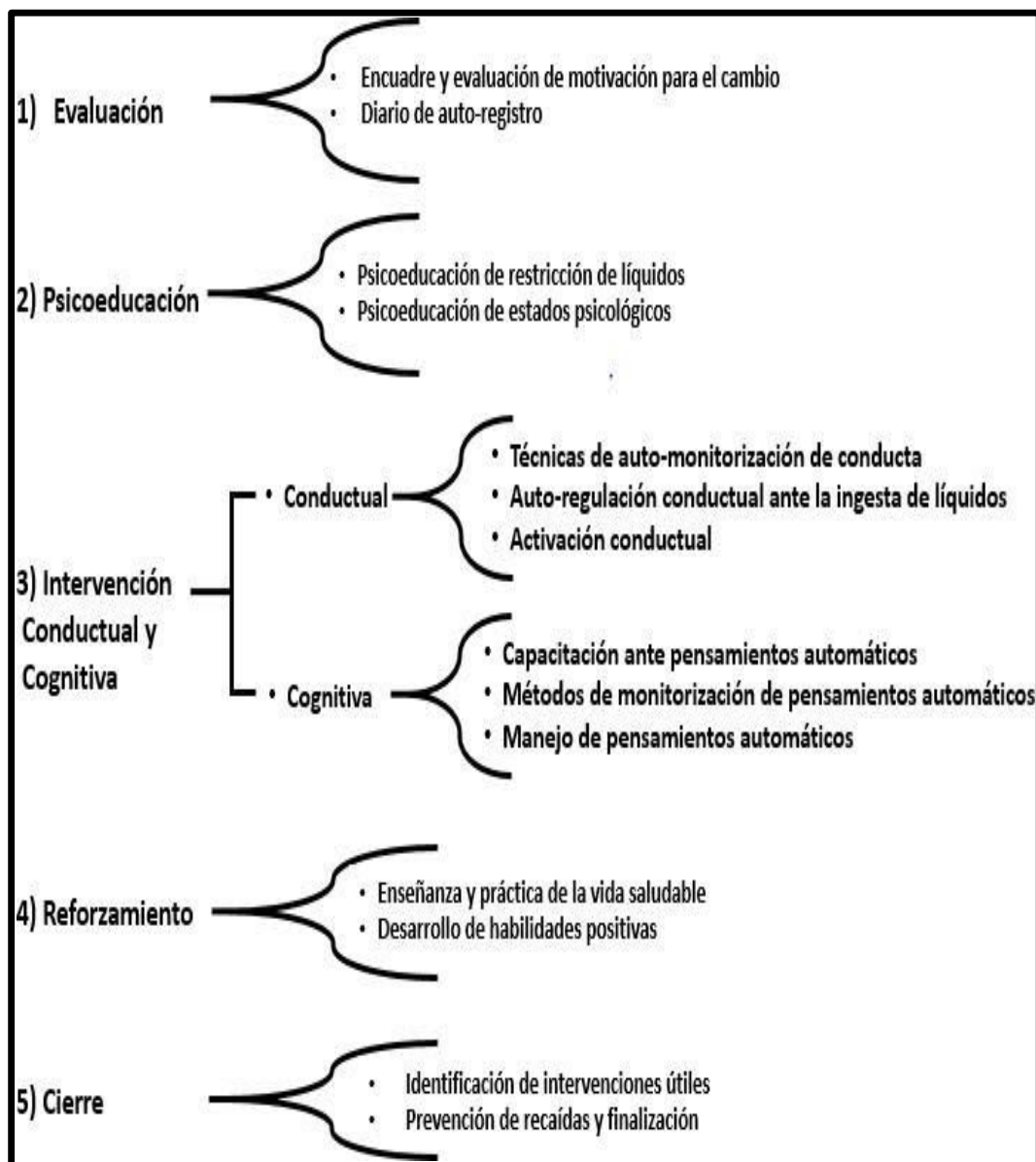


Imagen 4. Resumen de la TCCB.



EVIDENCIA FOTOGRÁFICA DE LA INTERVENCIÓN

En la foto 1 puede observarse la técnica realizada a la cabecera del paciente durante la hemodiálisis, en la foto 2 se observa la aplicación de pruebas psicométricas de igual forma en la cabecera del paciente.

Foto 1. Intervención TCCB.



Foto 2. Aplicación de pruebas psicométricas.



ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para la descripción de los datos continuos, se utilizó la media (\pm desviación estándar) o la mediana (rango intercuartil) de acuerdo con la distribución normal de sus datos evaluada por la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov. Para las variables categóricas, se analizó la frecuencia absoluta con su respectivo porcentaje relativo.

Tomando en cuenta que: 1) Las variables dependientes son cuantitativas continuas, 2) La escala de medición es de razón, 3) El objetivo del estudio es encontrar una diferencia entre una medición antes y después de una intervención y 4) Aunque se analiza un solo grupo donde se realizaron 2 mediciones en diferentes tiempos (intragrupa), se evaluaron diferencias entre los parámetros utilizando la Prueba de Wilcoxon Pareada.

Para evaluar el porcentaje de cambio entre nuestros parámetros, se calculó la delta (Δ) de cambio en las variables de interés, parámetros nefrológicos y psicométricos. Para sustentar nuestra hipótesis de observación, se evaluó si existió una relación en la depresión basal y cómo esta pudo haber modificado los parámetros al seguimiento mediante un análisis de interacción.

Se utilizó el programa estadístico R (Versión 1.4.12) para realizar los análisis y gráficas. Un valor $p < 0.05$ fue considerado como estadísticamente significativo (anexo 7).

ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio será realizado en humanos por lo que está planteado para cumplir cabalmente con los lineamientos del Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki y el informe Belmont, siguiendo todos los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, que estos documentos exigen, además se encuentra desarrollado de acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación, Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Fracción II, esta investigación se considerará como de “Riesgo mínimo”.

Desglosando el capítulo 1 (en cursivas):

ARTICULO 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. El presente estudio protege la dignidad y los derechos, es una intervención que no conlleva riesgos, su punto principal es potencializar las habilidades de auto-cuidado del ser humano.

ARTICULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

- I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen; se realiza conforme a los principios éticos y científicos, por ejemplo, al no utilizar grupo control, se utiliza el principio de equidad para todos los que requieran la intervención, autonomía permitiendo a los interesados participar o no, entre otros.
- II. Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos. El marco teórico mantiene los fundamentos en los cuales se ha observado sistemáticamente que estas intervenciones son “inocuas” y con efectos positivos.
- III. Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo; actualmente no existe otro método más idóneo y menos dañino para apoyar a esta población.
- IV. Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles; la postura es totalmente hacia el beneficio del paciente, el empoderamiento, la responsabilización y fundamentalmente el conocimiento de la enfermedad son los beneficios principales de las intervenciones psicoterapéuticas realizadas a través de la combinación de medicina basada en evidencia y valores.
- V. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala; Se integra el consentimiento en los anexos.
- VI. Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe

bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación; todos los participantes son especialistas en salud y el proyecto será realizado a nivel de intervención por especialistas en salud mental.

- VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, en su caso, y VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento. Esperaremos hasta la resolución positiva de los comités correspondientes para su aplicación.

ARTICULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. Se codificarán los datos a los cuales solo los investigadores principales tendrán acceso.

ARTICULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías;

- II. Investigación con riesgo mínimo. La presente es una investigación de riesgo mínimo al trabajar con elementos psicológicos de los pacientes.

ARTICULO 18.- El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste. Para esta situación hemos realizado las redes de comunicación necesarias para mantener una monitorización constante tanto de los pacientes como de los investigadores para detectar cualquier riesgo.

ARTÍCULOS 21-24.- Se desarrollan en el consentimiento informado

- I. Junto con el seguimiento de la NOM-012-SSA3-2012, la ley federal de protección de datos personales de la posesión de los particulares.
- II. Para cumplir con estas normativas se informará a las personas que cumplan con los criterios de inclusión sobre los objetivos y procedimientos del estudio (entrevista y revisión de expedientes) garantizando la confidencialidad y anonimato de la información recabada, sí estuvieran de acuerdo se les solicitará su firma en la hoja de consentimiento informado.
- III. Solamente los investigadores tendrán acceso a los datos proporcionados de tal manera que no se pueda hacer mal uso de la información.
- IV. La carta de consentimiento informado se incluye en el Anexo 3.
- V. El beneficio directo esperado será conocer el efecto de la terapia cognitivo conductual breve en la restricción de líquidos y sintomatología depresiva en los pacientes con hemodiálisis,

además de conocer su esta intervención produce cambios en la sintomatología depresiva, junto con los parámetros de calidad de vida y neuropsiquiátricas de los pacientes.

- VI. La selección de participantes se encuentra especificada en el apartado de metodología en el sub-índice de la muestra, pacientes que en un inicio del protocolo ante la realización de la escala de Beck de depresión con un puntaje >30, se les sugerirá ser referidos al servicio de psiquiatría de su unidad correspondiente para realización del abordaje correspondiente.
- VII. Se plantea hacer públicos los resultados del presente estudio, para promover la mejora de la práctica clínica del tratamiento y seguimiento de los pacientes con hemodiálisis.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Para el presente estudio no se requieren recursos financieros, porque la aplicación de la encuesta y la intervención psicoterapéutica junto con la recolección de la información se realizará de manera digital y presencial por parte de los investigadores, la utilización de cualquier medio electrónico o en versión impresa son propiedad de los investigadores.

ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD

Ninguno, no se almacenarán muestras biológicas durante la realización de este estudio.

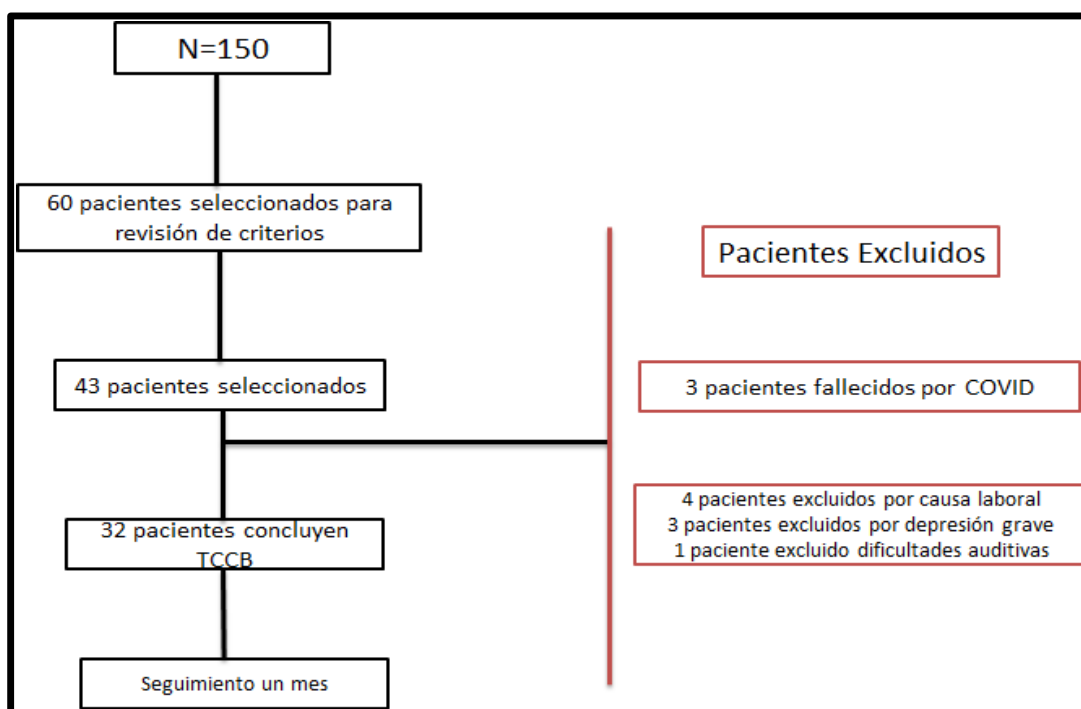
RESULTADOS

- **Resultados Variables Demográficas**

Después de la revisión de los 150 expedientes clínicos de los enfermos que reciben hemodiálisis en el Centro Subrogado de Hemodiálisis SERME, se seleccionó una muestra de 60 pacientes con criterios de inclusión. De estos, sólo 42 cumplieron con el criterio de depresión leve a moderada y aceptaron participar en el proyecto. Debido a que esta fase del proyecto coincidió con las restricciones sanitarias relacionadas con la pandemia por el virus SARS COVID 2, 11 enfermos fueron eliminados del estudio, tres por incrementar el grado de depresión relacionada a la pandemia y el resto por causas ajenas a su estado de salud. El estudio se realizó de febrero a septiembre de 2021 en 32 enfermos. La figura 1 describe el proceso mencionado.

Todos los resultados son en dos momentos, primer momento pre-intervención y un mes después de seguimiento terminando la TCCB, la intervención es realizada por dos psicólogos clínicos.

Figura 1. Proceso de selección e inclusión de la muestra



- **Características de la Población**

La muestra estuvo constituida en su mayoría por mujeres en la tercera década de la vida, casadas, con un nivel medio de escolaridad, laboralmente activas, con antecedentes quirúrgicos y transfusionales. La tabla 1 describe las características generales de la población estudiada.

Tabla 1: Características basales de la población de estudio.

Parámetro	N=32
Mujeres (%)	18 (59.37)
Edad (años)	26 (23.85-29.8)
Edo. Civil (%)	
Soltero	19 (59.4)
Casado	9 (28.1)
Unión Libre	2 (6.3)
Viuda	2 (6.3)
Escolaridad (%)	
Primaria	4 (12.5)
Secundaria	12 (37.5)
Bachillerato o Car. Técnica	11 (34.4)
Universidad	5 (15.7)
Ocupación (%)	
Desempleado	2 (6.3)
Empleado	15 (46.9)
Hogar	6 (18.8)
Estudiante	8 (25)
Pensionado	1 (3.1)
Antecedentes Clínicos (%)	
Alergias	7 (21.9)
Quirúrgicos	27 (84.4)
Transfusionales	22 (81.5)
Traumáticos	4 (12.5)
Tabaquismo	4 (12.5)
Alcoholismo	3 (9.4)
Diálisis previa	27 (84.8)
Causa Falla Renal (%)	
Desconocida	27 (84.4)
Hipoplasia Renal	2 (6.3)
Nefrotoxicidad	1 (3.2)
Eclampsia	2 (6.2)

- **Prescripción de Hemodiálisis**

En la Tabla 2 se presentan las variables que demuestran que los enfermos ingresaron al estudio con una prescripción adecuada de la hemodiálisis y que se mantuvieron en dichas condiciones durante el tiempo de la intervención y un mes después de haberla concluido; la ganancia de peso interdialítica y la presión arterial son los únicos datos iniciales que se encuentran con cambios esperados a nivel de rangos y de los objetivos de la intervención.

La presión arterial pre-intervención fue sistólica de 149 (DE: 12) Se observó que dentro de los valores de presión arterial sistólica pre-intervención y post- intervención se produjo un cambio de la mediana de 147.3 (RIQ: 141-158) mmHg a 140.2 (RIQ: 130-149) mmHg., Acerca de en la presión

arterial diastólica, las medianas bajaron de 92.9 (RIQ: 86-103) mmHg a 90.4 (RIQ: 80-96), ambos parámetros tuvieron un cambio estadísticamente significativo.

La mediana del promedio ponderado del peso Inter dialítico basal fue 64.52 kg. Se obtiene un cambio de 64.52 kg (RIQ: 57-72) pre-intervención a 59.3 kg (RIQ: 50-63) post-intervención en mediana de peso en kilos, con significancia estadística.

Tabla 2. Parámetros Clínicos y bioquímicos de la realización de la hemodiálisis, durante todo el periodo del estudio.

Parámetro	Basal Pre-Intervención X 3 meses	Al final de la Intervención X 10 sesiones	Al mes de seguimiento Post-Intervención	Valor P
KT/V	1.3	1.3	1.3	ns
Peso seco (Kg)	56.8 (50.5-65.4)	59.25 (51.3-65.13)	59.5 (52-62.3)	ns
Peso real - Promedio (Kg)	64.52 (57-72)	59.1 (52.9-66.2)	59.3 (50-63)	<0.001
Ganancia de peso interdialitica (Kg)	7.16 (6.56-7.76)	1.03 (0.57-1.53)	1.14 (-2.65 a 1.29)	<0.001
Tensión arterial Sistólica Promedio (DE)	149.4 (12.6)	138.5 (14.6)	140.3 (14.8)	0.3428
Tensión arterial Diastólica Promedio (DE)	93.6 (10.8)	86.7 (11.7)	87.9 (11.3)	<0.001
Potasio (4.0-5.4 mEq/L)	5.23 (5.0-5.5)	5.03 (4.75-5.3)	5.11 (4.86-5.50)	0.733
Bicarbonato (≥24 mEq/L)	No disponible			

Calcio (8.5-10.1 mg/dL)	8.23 (7.96-8.86)	8.26 (7.85-8.61)	8.3 (7.83-8.53)	0.452
Magnesio (≥1.7 mg/dl)	No disponible			
Fósforo (≤6.3 mg/dl)	5.2 (3.9-6.3)	4.7 (3.9-6.5)	4.6 (4.0-5.9)	0.153
Hemoglobina (≥11 g/dl)	8.5 (7.3-9.5)	9.1 (8.3-9.7)	9.2 (8.5-9.63)	0.031

Peso seco= es el promedio del peso que los enfermos deberían de tener; peso real= es el promedio del peso de los últimos tres meses con el que acuden a su sesión de HD; ganancia de peso interdialítica: es el promedio de la diferencia entre el peso seco y el peso real de los últimos tres meses.

- **Deltas de Cambio**

En la tabla 2 se describen las Deltas de cambio con respecto a las evaluaciones pre-intervención y al mes de seguimiento (post-intervención) en la población de estudio, la tensión arterial sistólica (mmHg) -10.68 (-18.01 a -2.01) (P=0.021), la ganancia de peso interdialítica (kg) -7.93 (-9.48 a -4.92) (P=0.013).

Tabla 3. Deltas de cambio con respecto a las evaluaciones pre-intervención y al mes de seguimiento (post-intervención) en la población de estudio.

Parámetro	Delta de Cambio al mes de seguimiento Post-Intervención	Valor P
Tensión arterial sistólica (mmHg)	-10.68 (-18.01 a -2.01)	0.021
Tensión Arterial diastólica (mmHg)	-5.83 (-9.44 a -0.43)	0.100
Ganancia de peso interdialítica (kg)	-7.93 (-9.48 a -4.92)	0.013
Escala de depresión de Beck (pts)	-11 (-16.3 a -6.0)	<0.001
Escala de ansiedad de Beck (pts)	-9.0 (-16.3 a -3.5)	<0.001
Total de Agua extracelular (lts)	-1.30 (-2.15 a -0.025)	0.068
Porcentaje de agua extracelular (%Uc)	-2.1 (-2.98 a -0.075)	<0.001

En la tabla 4 se observan los resultados de la bioimpedancia antes y después de la intervención, que en este caso fue realizada con un sistema de multifrecuencia espectroscópica, con una técnica estandarizada y por personal de Enfermería del Centro de Diálisis que cuenta con capacitación para ello. Aunque para los objetivos de este estudio únicamente se hizo el análisis de las variables que traducen el estado de hidratación del enfermo y se omitió el estudio de las que corresponden al estado nutricional, es importante recalcar que pesar de tener niveles adecuados de albúmina sérica,

hay una distribución incorrecta de los líquidos en los compartimentos del cuerpo, ya que su acúmulo predomina en el espacio extracelular.

- **Resultados de Nivel de Bioimpedancia**

Para corroborar que un paciente tuvo sobrecarga hídrica, se tomó la distribución de los parámetros de agua corporal total y de agua corporal extracelular de nuestra muestra y se percentilaron en deciles. Al carecer de un punto de corte reproducible para nuestra población de estudio, se decidió tomar por conveniencia metodológica la percentila 80 como el punto de corte para definir sobrecarga de volumen hídrico de acuerdo con el compartimento en cuestión. Utilizando la percentila 80 como punto de corte, no se encontraron diferencias de sobrecarga hídrica de volumen de agua corporal total, pero si en el compartimento intracelular al seguimiento. Es decir, los pacientes tuvieron una disminución en la proporción de sobrecarga hídrica de volumen extracelular al seguimiento.

Tabla 4. Datos de bioimpedancia.

	Basal Pre-Intervención X 3 meses	Al mes de seguimiento Post-Intervención	Valor P
Agua Corporal Total (Lts)	34.60 (29.0-37.6)	31.95 (28.50-37.7)	0.580
Porcentaje Agua Corporal Total (%)	55.3 (50.9-58.9)	54.2 (50.5-57.7)	0.146
Porcentaje Agua Corporal Total P≥80* (%)	6 (20.7%)	5 (16.6)	0.812
Agua Corporal Extracelular (Lts)	14.21 (13.30-16.90)	12.90 (11.90-16.65)	0.067
Porcentaje Agua Corporal Extracelular (%)	24 (22.3-25.9)	23 (20.9-24.55)	<0.01
Porcentaje Agua Corporal Extracelular P≥80+ (%)	6 (20.7%)	3 (10%)	<u>0.055</u>
ECW/TBW	43.70 (42.20-45.90)	41.8 (39.83-44.40)	0.069

*Punto de corte elegido para Porcentaje Agua Corporal Total p≥80: 60.32%

+Punto de corte elegido para Porcentaje Agua Corporal Extracelular p≥80: 26.98

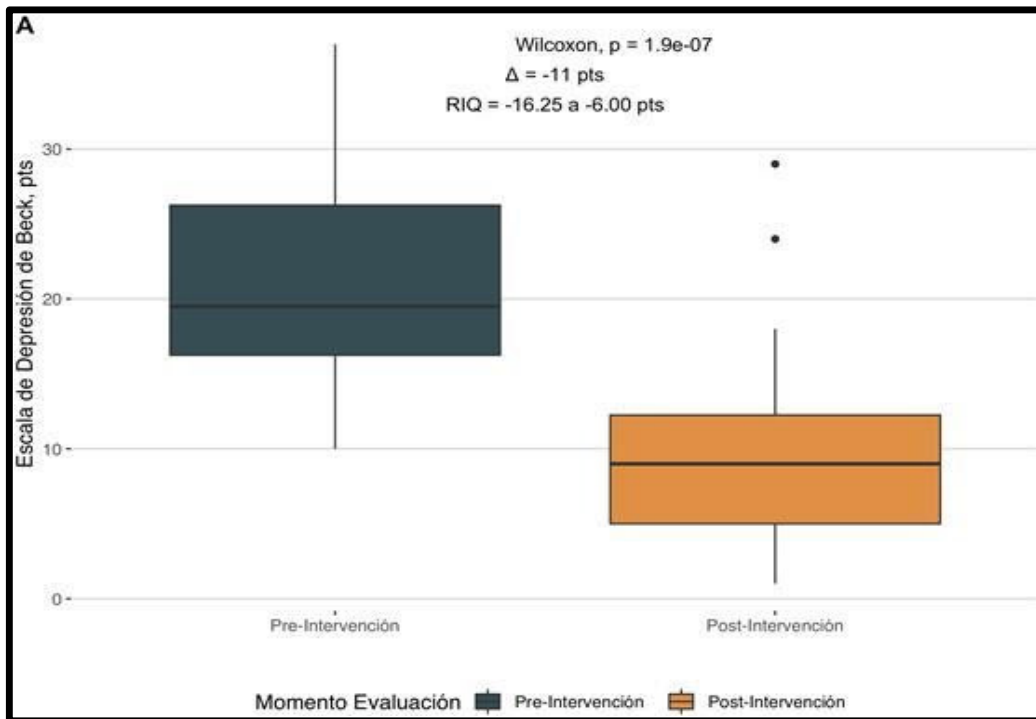
- **Variables relacionadas a los Parámetros Psicométricos: Depresión, Ansiedad y QoL**

Debido a la distribución no normal de los datos, se utilizó la Prueba de Wilcoxon para analizar las diferencias.

El Cuestionario de Depresión de Beck mostró que un 25% con depresión leve, un 75% depresión moderada, un 30% ansiedad leve y un 70% ansiedad moderada, pre-intervención. Al final del estudio, 5% de los pacientes quedaron con depresión moderada, 10% con depresión leve y un 75% se clasificó como “sin depresión” o remisión (Figura 2 y 3).

La delta de cambio para la depresión entre los valores basales y después de 1 mes de seguimiento fue de -11 puntos, con un rango intercuartílico (RIQ) de -16.25 a -6 puntos ($p=0.000$) (Tabla 2)

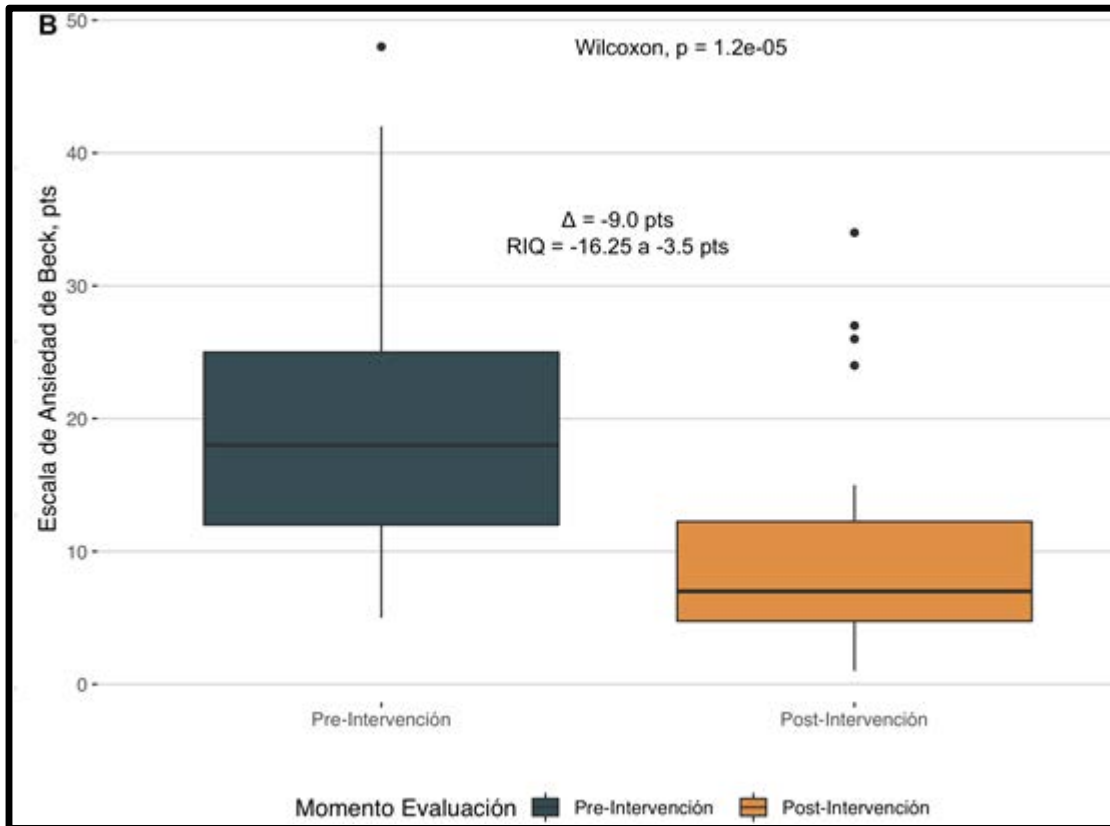
Figura 2: Cambios en el puntaje del Cuestionario de Depresión de Beck al mes de seguimiento.



Con relación a la Ansiedad, el Cuestionario de Ansiedad de Beck mostró que, de los enfermos con ansiedad moderada, un 69% se mantuvo igual, un 28% disminuyó a leve y un 3% se clasificó como “sin ansiedad” o remisión (Gráfica 3).

La delta de cambio para la ansiedad entre los valores basales y después de 1 mes de seguimiento fue de -9 puntos, con un rango intercuartílico (RIQ) de -16.25 a -3.5 puntos ($p=0.000$) (Tabla 2).

Figura 3. Cambios en la Escala de Ansiedad de Beck al mes de seguimiento.



- **Otras Variables Psicológicas**

- a. Variables de Calidad de vida (QoL)

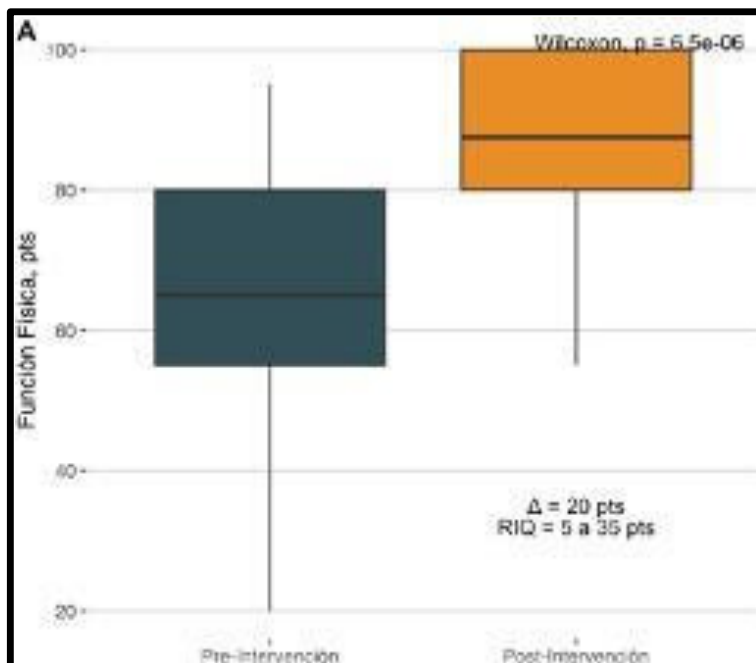
Se obtuvo un cambio significativo en todos los dominios evaluados de la calidad de vida con el cuestionario genérico estandarizado en población mexicana SF36, el rango planteado en los objetivos era un aumento en la delta de cambio mayor al 20 del basal, el cual se produce en todos los dominios y subdominios de manera consistente. En la tabla 5 con los resultados de los dominios en puntajes netos, los cambios son tendientes a la mejoría en la QoL con significancia en todos los rubros, destacando una mejoría de la máxima QoL en los dominios de problemas físicos y emocionales.

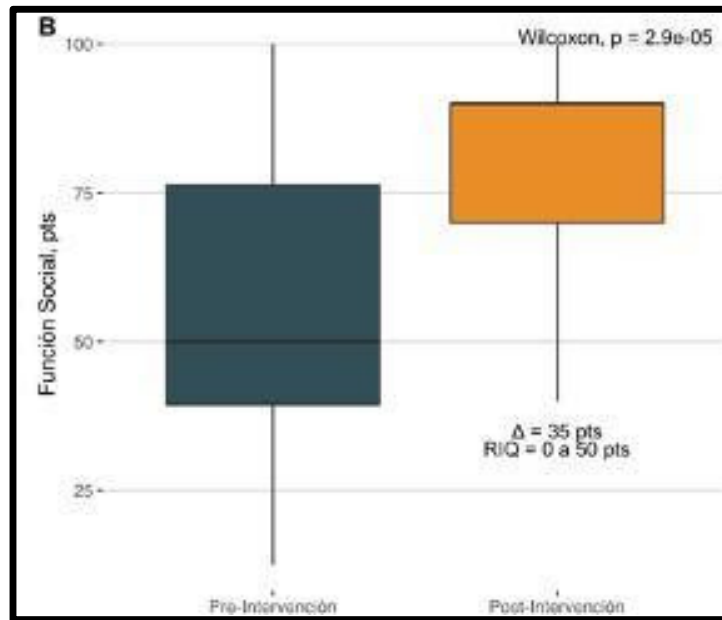
Tabla 5: Parámetros de calidad de vida en la población de estudio. Los datos continuos en mediana (rango intercuartilar). Prueba estadística utilizada: Wilcoxon pareada.

Parámetro	Pre-Intervención	Post-Intervención	Valor P
Función Física (Pts.)	65 (55-80)	87.5 (80-100)	<0.001
Función Social (Pts.)	50 (39.375-76.25)	90 (70-90)	<0.001
Problemas Físicos (Pts.)	43.7 (0-100)	100 (100-100)	<0.001
Problemas Emocionales (Pts.)	33.3 (0-66.6)	100 (66.6-100)	<0.001
Salud Mental (Pts.)	44 (39-64)	80 (70-92)	<0.001
Vitalidad (Pts.)	42.5 (27.5-56.25)	67.5 (53.75-80)	<0.001
Dolor (Pts.)	50 (50-60)	80 (80-100)	<0.001
Percepción Salud (Pts.)	45 (24.75-55.5)	86 (73-88)	<0.001

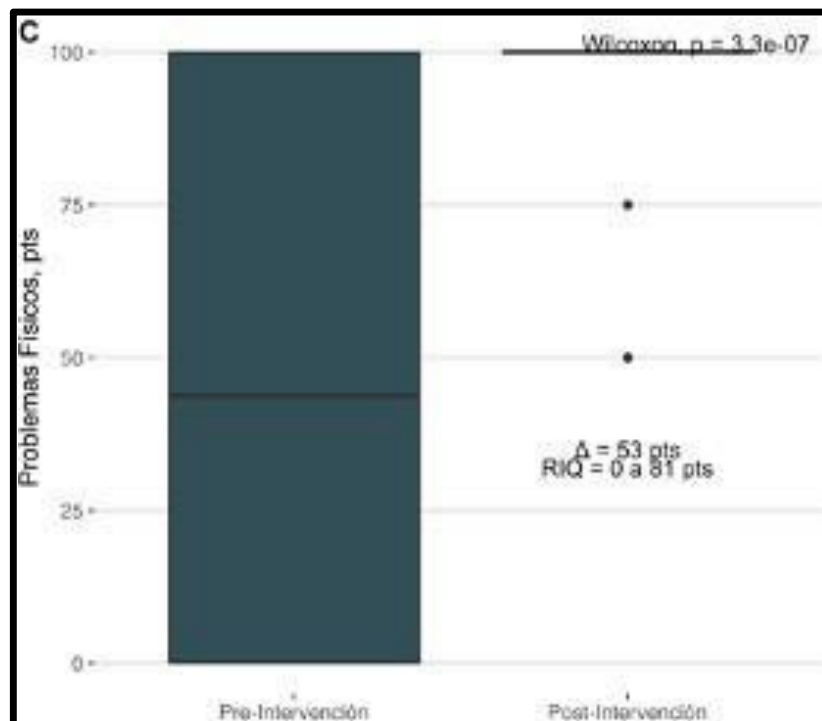
Con respecto a los subdominios, en la Figura 5, gráfica A, correspondiente a la función física y QoL se observa una delta de cambio de 20 puntos (RIQ: 5 a 35), en la figura B, función social y QoL la delta es de 35 (RIQ: 0-50).

Figura 5: Puntajes de escalas de calidad de vida durante la pre-intervención y post- intervención, subdominios de QoL.



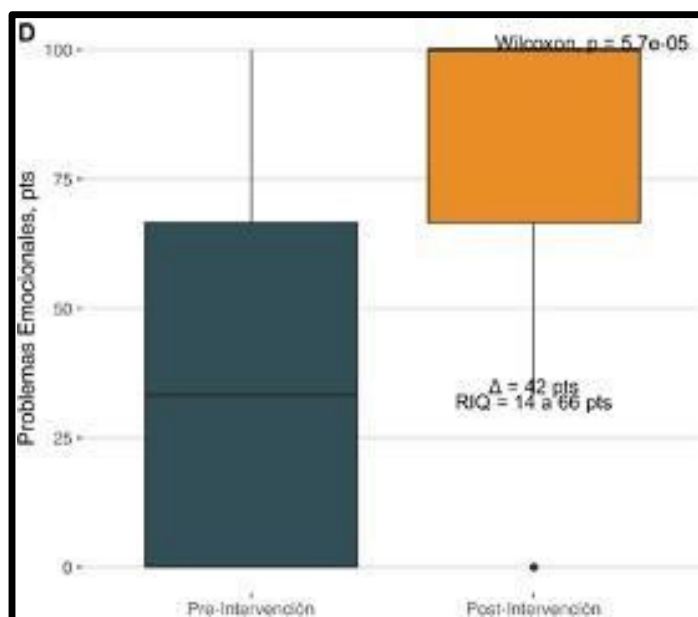


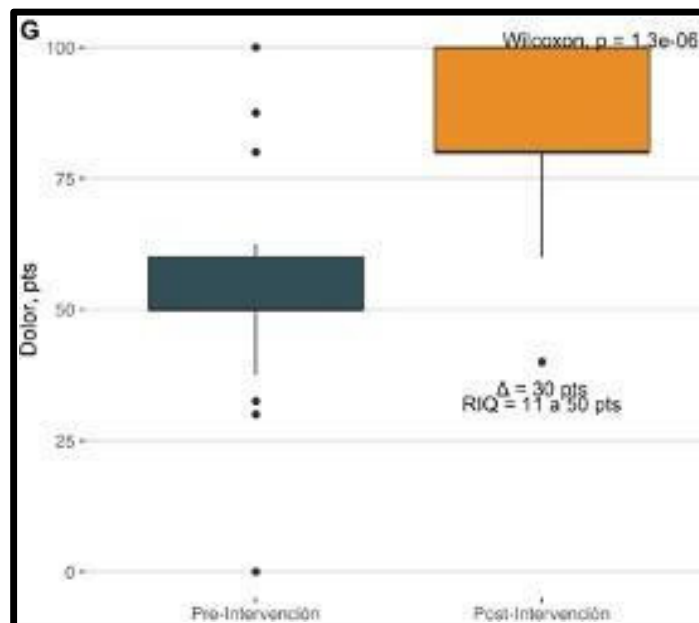
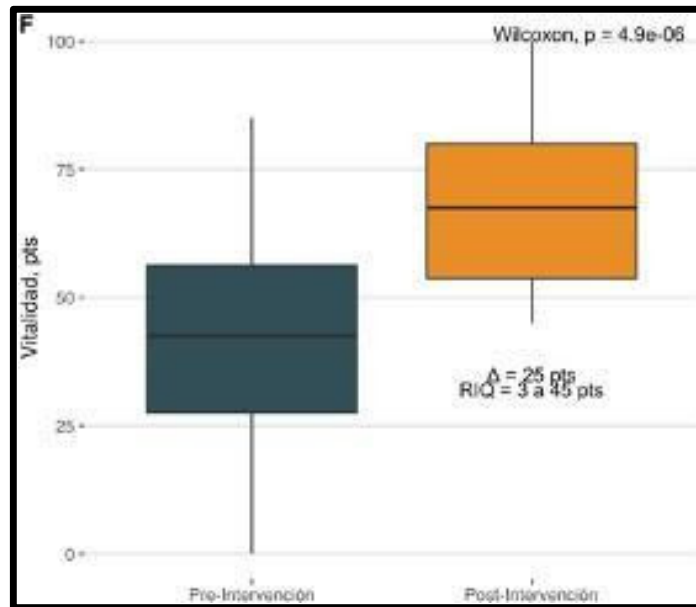
Es en la gráfica C, asociada al dominio de problemas físicos, el entendimiento de la propia persona a sus discapacidades por su enfermedad es donde se logra un cambio absoluto, en donde la mayor población logra un cambio de una distribución amplia a un aumento en delta de 53 puntos, lo cual es equivalente a superaren absoluto la percepción personal de las dificultades físicas.

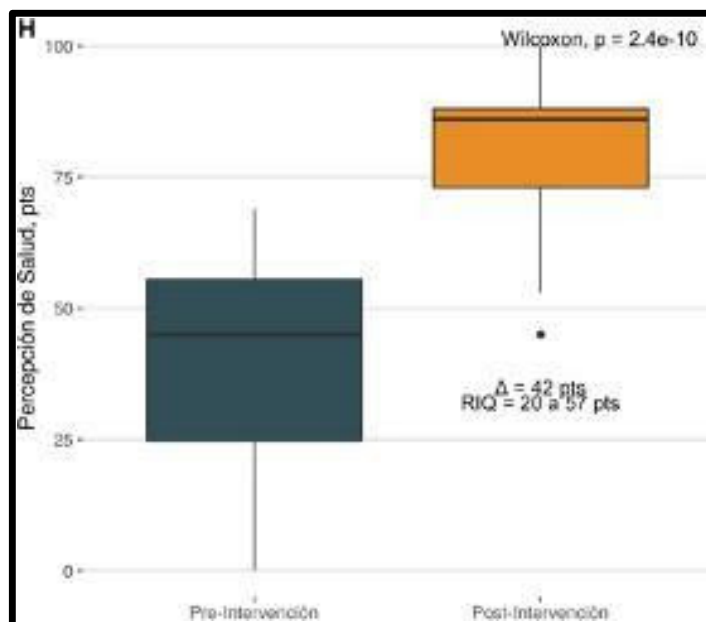


Con una delta de cambio de 42 puntos (RIQ: 0-81), en la figura D, de problemas emocionales y QoL, en la figura E, salud mental y QoL con una delta de 30 (RIQ: 18-48), figura F, vitalidad y QoL delta de 25 (RIQ: 3-45), Figura G, dolor y QoL delta de 30 (RIQ: 11-50) y figura H, percepción de salud y QoL, delta de 42 (RIQ: 20-57), cada elemento logra un incremento decisivo, como intervención a nivel QoL.

En las gráficas sucesivas se puede observar la consistencia y la solidez de los resultados a nivel de los distintos dominios de calidad de vida, un aumento generalizado conforme a la hipótesis y objetivos planteados que contribuye a la congruencia de la intervención psicológica y su utilidad más allá de solo los elementos depresivos, sino a nivel del psicósoma.







Es evidente al analizar los dominios de QoL que los cambios tienen una consistencia y un aumento mayor al esperado a nivel de hipótesis, en su totalidad, lo cual correlaciona con la mejoría en sintomatología depresiva y ansiosa, de manera congruente con el entendimiento de estos constructos a nivel de salud psicológica, no puede entenderse una mejoría a estado de nivel de ánimo sin una mejoría física y mental equivalente o equiparable, el concepto de psicósoma se hace patente en estos resultados y su coherencia consistente antes de la intervención y un mes después de la misma.

- **Modelo de regresión lineal**

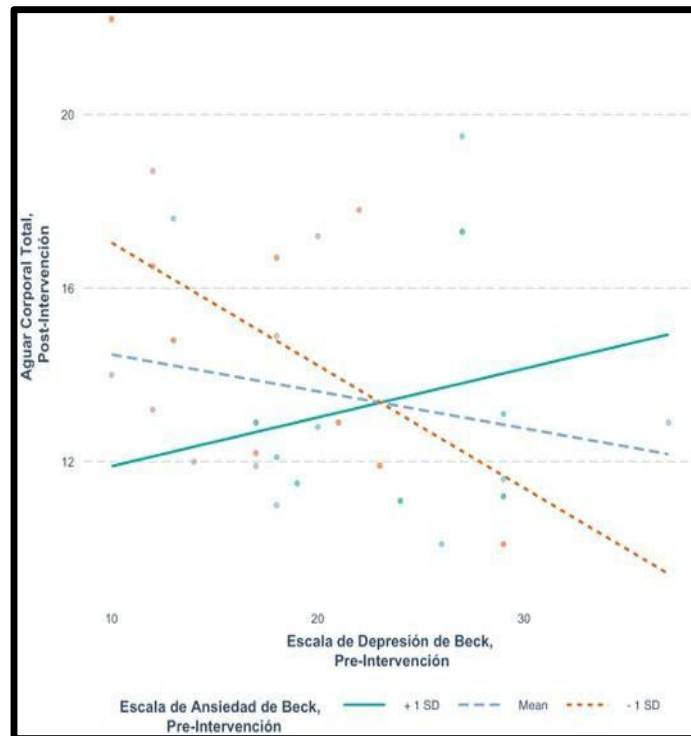
En el modelo de regresión lineal para evaluar la interacción de efectos conjuntos de nuestras variables, se encontró una interacción significativa entre el puntaje de ansiedad y depresión pre-intervención y los parámetros de agua corporal extracelular al seguimiento. Por cada incremento de un punto global de ambas escalas de ansiedad y depresión al momento de la intervención, los pacientes tuvieron al seguimiento, tuvieron un incremento de agua corporal total de 0.016 lts ($p=0.042$), tabla 6.

Tabla 6: Modelo de interacción entre valores de escala de depresión y ansiedad de Beck pre-intervención y su efecto en el agua corporal total post-intervención ajustado por edad, sexo, escolaridad y causa de ERC.

	Coefficiente B	Std Error	T value	P value
BDI Pre-intervención	-0.456	0.197	-2.31	0.029
BAI Pre-intervención	-0.415	0.211	-1.96	0.060
BDI:BAI	0.016	0.009	1.79	0.042

Se puede observar la interacción entre las variables de manera gráfica en la figura 7.

Figura 7: Grafica de interacción entre valores de escala de depresión y ansiedad de Beck pre-intervención y su efecto en el agua corporal total post-intervención.



DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio cuasiexperimental muestran que la terapia cognitivo conductual breve durante las sesiones de HD produjo una disminución de 5 kg de peso en la ganancia de peso interdialítica, de 7 mmHg en la presión arterial sistólica, redujo el trastorno depresivo moderado y leve, así como la ansiedad. Así mismo, las variables de calidad de vida aumentaron en todos los dominios en más de 30 puntos inclusive un mes después de haber concluido la terapia.

Aunque el trastorno depresivo tiene una prevalencia estimada de alrededor del 30% dependiendo de la serie¹²⁻¹⁷, son pocos los estudios que reportan intervenciones no farmacológicas de éxito en la población con enfermedad renal, en donde el origen de la depresión es multifactorial.

La base científica para el uso de la terapia cognitivo conductual descansa en modificar la creencia que tienen los enfermos sobre su incapacidad para cumplir con las indicaciones médicas a favor de su salud. En el caso del enfermo renal, la restricción oral de proteínas, sodio y líquidos en la dieta representa una enorme dificultad, ya que los usos y costumbres de cada país tienen una influencia determinante sobre ello. Aunque en el presente estudio no se exploraron los factores ambientales ni psicológicos que influyen en la adherencia terapéutica, existe suficiente información que permite identificar la estrecha asociación entre el trastorno depresivo y la falta de cumplimiento con las prescripciones médicas.

Hasta el momento de realizar el presente informe, los resultados de Cukor y cols representan el antecedente de mayor interés para los resultados del presente estudio, ya que el efecto sobre las variables de interés, se mantuvieron inclusive un mes después de haber concluido la terapia, con un mayor efecto sobre la ganancia de peso interdialítica y la presión arterial.

A diferencia de las intervenciones grupales⁴⁷⁻⁴⁹, el hecho de proporcionar la terapia durante la sesión de HD representa para el enfermo la oportunidad de recibir un tratamiento individualizado, en donde pueden abordarse aspectos personales que difícilmente se mencionan en las terapias grupales. El hecho de utilizar el “tiempo muerto” de las sesiones de HD para tratar la ansiedad y la depresión no solo favorece la mejoría de los dominios psicológicos, sino también de calidad de vida, economía y facilita el acceso a las intervenciones especializadas.

Este modelo además puede ser generalizable a todos los pacientes con ERC, incluso en consultorio y es potencialmente aplicable a otras poblaciones médicas que tienen movilidad reducida, mejorando así dominios psicológicos, parámetros de QoL e interviniendo en la carga global de la enfermedad^{2-4, 17-19, 35}.

Una de las principales fortalezas del estudio es el diseño, porque el enfermo fue su propio control y a que los pacientes ya tenían más de seis meses en terapia sustitutiva. El hecho de que la terapia haya sido aplicada por personal de salud de diferentes disciplinas (Psiquiatra y Psicólogo) con resultados similares, sugiere que la terapia es accesible para otros profesionales de la salud, directamente involucrados con la atención del enfermo renal. Las limitaciones del estudio descansan en que se hizo en un solo Centro de Diálisis y en una zona geográfica específica situada al Oriente del Valle de México. Se requiere de estudios con mayor seguimiento para explorar el impacto que tiene sobre la morbilidad cardiovascular relacionada a la sobrecarga de volumen y la mortalidad.

Existen barreras sistemáticas para el paciente, el médico y la atención de salud mental adecuada para los pacientes considerados médicos o de hospital general. Este estudio destaca cuántas de las barreras pueden superarse. Los participantes no necesitaron hacer citas o viajes adicionales para ver

a los profesionales de la salud mental y no necesitaron tomar medicamentos para obtener un beneficio sustancial.

El estudio no supuso una carga clínica adicional para los nefrólogos, porque estaban informados del progreso del paciente pero no participaron en la intervención. Además, no se pidió a los nefrólogos que ayudaran a decidir sobre un medicamento psicotrópico apropiado o que participaran en la titulación de la dosis, tareas que a menudo están involucradas en el inicio de un nuevo antidepresivo.

Ciertamente, se necesitan ensayos a mayor escala con períodos de seguimiento más prolongados para corroborar estos hallazgos, pero estos datos contribuyen en la línea de investigación en psicología de salud, de la cual puede sustentarse que la intervención psicológica para la depresión puede afectar de manera positiva la supervivencia.

CONCLUSIONES

La terapia cognitivo conductual breve, durante las sesiones de HD mostró beneficios sobre la ganancia de peso interdialítica, presión arterial sistólica, depresión, ansiedad y parámetros de calidad de vida. Representa una opción de tratamiento para el enfermo en terapia sustitutiva de la función renal con HD con complicaciones relacionadas a la sobrecarga de volumen asociadas a depresión y ansiedad leve a moderada, que no requieran de tratamiento farmacológico.

Puntos para resaltar

Adherencia a líquidos:

- *Se obtuvo un cambio de 64.52 kg (RIQ: 57-72) pre-intervención a 59.3 (RIQ: 50-63) post-intervención, con significancia y una delta de cambio de -7.93 (RIQ: -9.48 a -4.92) kg post-intervención.*
- *En la TA sistólica la mediana de 147.3 (RIQ: 141-158) mmHg a 140.2 (RIQ: 130-149) mmHg, en la diastólica de 92.9 (RIQ: 86-103) mm Hg a 90.4 (RIQ: 80-96), datos significativos.*

Dominios Psicológicos:

- *La depresión con el tratamiento obtuvo remisión clinimétrica y la ansiedad llegó a niveles subclínicos, lo cual es comparable a la farmacoterapia actual. Las variables de calidad de vida aumentaron en su totalidad en todos los dominios de más de 30 puntos lo cual es considerado en todo sentido una intervención exitosa en estudios de QoL.*

Finalmente, esta intervención puede ser implementada por psicólogos, enfermería, trabajadores sociales bien capacitados, porque ha sido estandarizado. Los estudios futuros deben intentar identificar las calificaciones mínimas del terapeuta y el compromiso de tiempo necesario para que la intervención para la depresión sea eficaz.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

- a. Cronograma del protocolo (ver anexo 8)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Glasscock RJ, Warnock DG, Delanaye P.. The global burden of chronic kidney disease: estimates, variability and pitfalls. *Nat Rev Nephrol* 2017; 13: 104–114.
2. Méndez-Durán A, Méndez-Bueno JF, Tapia-Yáñez T, Muñoz Montes A, Aguilar-Sánchez L. Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México. *Diálisis y Trasplante* 2010;31(1):7-11.
3. Treviño BA. Insuficiencia renal crónica: enfermedad emergente, catastrófica y por ello prioritaria. *Cir Ciruj* 2004;72:3-4.
4. Glasscock, R., Warnock, D. & Delanaye, P. The global burden of chronic kidney disease: estimates, variability and pitfalls. *Nat Rev Nephrol* 13, 104–114 (2017). <https://doi.org/10.1038/nrneph.2016.163>.
5. Arjun D. Sinha, Rajiv Agarwal. Setting the Dry Weight and Its Cardiovascular Implications. *Semin Dial.* 2017 November ; 30(6): 481–488. doi:10.1111/sdi.12624.7.
6. Okparavero, A. et al. Prevalence and complications of chronic kidney disease in a representative elderly population in Iceland. *Nephrol. Dial. Transplant.* 31, 439–447 (2016).
7. Luño J, García de Vinuesa S, Gómez FJ, Rodríguez ML, , Inchaustegui , Valderrábano F. Hipertensión arterial en la enfermedad renal. *Nefrología* 1999; 17 (supl2): 6.
8. Charra B, Chazot C, Laurent G, et al. Clinical of dry weight. *Nephrol Dial Transplant* 1996; 11:16.
9. Can Ekinci, Merve Karabork, Dimitrie Siriopol, Neris Dincer, Adrian Covic, Mehmet Kanbay. Effects of Volume Overload and Current Techniques for the Assessment of Fluid Status in Patients with Renal Disease. *Blood*
10. Maria Isabel da Conceição Dias Fernandes, Bertha Cruz Enders, Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira. Analyzing the concept of fluid overload in Chronic Kidney Disease patients in dialysis therapy: an integrative review. *Rev Esc Enferm USP* · 2017;51:e03299.
11. Marta Arias. La bioimpedancia como valoración del peso seco y del estado de hidratación. *Diálisis y Trasplante*. Vol. 31. Núm. 4. Páginas 137-139
12. Denhaerynck K, Manhaeve D, Dobbels F, et al. Prevalence and consequences of non adherence to hemodialysis regimens. *Am J Crit Care.* 2007; 16: 222-235.
13. Christensen AJ, Moran PJ, LawtonWJ, et al. Monitoring attentional style and medical regimen adherence in hemodialysis patients. *Health Psychol.* 1997; 16: 256-262.

14. Friend R, Hatchett L, Schneider MS, et al. A comparison of attributions, health beliefs, and negative emotions as predictors of fluid adherence in renal dialysis patients: A prospective analysis. *Ann Behav Med.* 1997; 19: 344-347.
15. Schneider MS, Friend R, Whitaker P, et al. Fluid noncompliance and symptomatology in end-stage renal disease: Cognitive and emotional variables. *Health Psychol.* 1991; 10: 209- 215.
16. Schneider MS, Friend R, Whitaker P, et al. Fluid noncompliance and symptomatology in end-stage renal disease: Cognitive and emotional variables. *Health Psychol.* 1991; 10: 209- 215.
17. Christensen AJ, Ehlers SL. Psychological factors in end-stage renal disease: An emerging context for behavioral medicine research. *J Consult Clin Psychol.* 2002; 70: 712-724.
18. Carton JS, Schweitzer JB. Use of a token economy to increase compliance during hemodialysis. *J Appl Behav Anal.* 1996; 29: 111-113.
19. Hart R. Utilization of token economy within a chronic dialysis unit. *J Consult Clin Psychol.* 1979; 47: 646-648.
20. Hegel MT, Ayllon T, Thiel G, et al. Improving adherence to fluid restrictions in male hemodialysis patients: A comparison of cognitive and behavioral approaches. *Health Psychol.* 1992; 11: 324-330.
21. Keane TM, Prue DM, Collins FL. Behavioral contracting to improve dietary compliance in chronic renal dialysis patients. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 1981; 12: 63-67.
22. Mosley TH, Eisen AR, Bruce BK, Brantley PJ, Cocke TB. Contingent social reinforcement for fluid compliance in a hemodialysis patient. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 1993; 1: 77-81.
23. Sharp J, Wild MR, Gumley AI, et al. A cognitive behavioral group approach to enhance adherence to hemodialysis fluid restrictions: A randomized controlled trial. *Am J Kidney Dis.* 2005; 45: 1046-1057.
24. Tsay SL. Self-efficacy training for patients with end-stage renal disease. *J Adv Nurs.* 2003; 43: 370-375.
25. Bonner A, Havas K, Douglas C, et al. Self-management programmes in stages 1–4 chronic kidney disease: A literature review. *J Ren Care.* 2014; 40: 194-204.
26. Clark S, Farrington K, Chilcot J. Nonadherence in dialysis patients: Prevalence, measurement, outcome, and psychological determinants. *Sem Dial.* 2014; 27: 42-49.
27. Torres, C. Insuficiencia Renal Crónica. *Revista Médica Herediana.* 14(1). 1-4 Recuperado de: (2003) <http://bit.ly/2V5yJgc>.
28. Kim, J.A. Lee, Y.K. Huh, W. Kim, YG. Kim, D.J., Oh, H.Y., Kang, S.A., Moon, Y.K., Kim, H.W., Kim, J.H. (2002). Analysis of Depression in Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis Patients [Versión electrónica] *Journal of Korean Medical Science* 17, 790-794.

29. Seguí A, Amador P, Ramos AB. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*. 2010; 13(3): 1139-1375.
30. Guz, H., Ozkan, A., y Akpolat, T., (2003). Search for Medical Treatment by Hemodialysis patients with Chronic Renal Failure. [Versión electrónica] *Dialysis and Transplantation* 32 (5) 238- 241.
31. DiMatteo, M.R., Lepper, H.S., y Croghan, T.W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: A meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. [Versión electrónica] *Archives of Internal Medicine*, 160, 2101-2107.
32. Rojas-Villegas, Yanet; Ruiz-Martinez, Ana Olivia y Gonzalez-Sotomayor, Roxana. Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal. *Rev. psicol.* [online]. 2017, vol.26, n.1, pp.65-77. ISSN 0716-8039. <http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2017.46859>.
33. M. Molina Núñez, S. Roca Meroño, R.M. de Alarcón Jiménez, M.A. García Hernández, C. Jimeno Griñó, G.M. Álvarez Fernández, M.J. Navarro Parreño, F.M. Pérez Silva Cálculo del Kt como indicador de calidad en el área de adecuación en hemodiálisis. *Nefrología* 2010;30(3):331-6.
34. Rafael Pérez-García, Maite Jaldo, Roberto Alcázar, Patricia de Sequera, Marta Albalate, Marta Puerta, Mayra Ortega, M. Caridad Ruiz y Elena Corchete. El Kt/V alto, a diferencia del Kt, se asocia a mayor mortalidad: importancia de la V baja. *Nefrología* 2019;3 9(1):58–66.
35. OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. OMS OPS 2004. ISBN 92 75 325499.
36. Grethel Matos Trevín, Libertad Martín Alfonso, Betsy Álvarez Vázquez, Lilié Remón Rivera, Juan González Gace. Adherencia terapéutica de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento dialítico. *Rev haban cienc méd vol.18 no.4 La Habana jul.-ago. 2019*
37. Kaptein AA, van Dijk S, Broadbent E, et al. Behavioural research in patients with end- stage renal disease: A review and research agenda. *Patient Educ Couns*. 2010; 81: 23-29.
38. Beck AT: *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York, NY, Int Universities Press, 1976.
39. Ellis A: *Reason and Emotion in Psychotherapy: A Comprehensive Method of Human Disturbances*. New York, NY, Carol, 1994.
40. Fava GA, Tomba E, Sonino N. Clinimetrics: the science of clinical measurements. *Int J Clin Pract*. 2012;66(1):11-15. doi:10.1111/j.1742-1241.2011.02825.x
41. Christensen AJ, Moran PJ, Wiebe JS: Assessment of irrational health beliefs: Relation to health practices and medical regimen adherence. *Health Psychol* 18:169-176, 1999.
42. Sharp J, Wild MR, Gumley AI: A systematic review of psychological interventions for the treatment of nonadherence to fluid-intake restrictions in people receiving hemodialysis. *Am J Kidney Dis* 45:15-27, 2005

43. Shidler NR, P. R. (1998). Quality of life and psychosocial relationships in patients with chronic renal insufficiency . *Am J. Kidney Dis*, 32:557-566.
44. Hedeyati SS, B. H. (2008). Death or hospitalization of patients on chronic hemodialysis is associated with a pshycian-based diagnosis of depression. *Kidney Int*, 74: 930-936.
45. Boulware LE, L. Y. (2006). Temporal relation among depression symptoms, cardiovascular disease: contribution of reverse causality. *Clin J Am Soc Nephrol*, 1:496- 504.
46. Kimmel PL, P. R. (2005). Depression in end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: tools, correlates, outcomes, and needs. *Semin Dial* , 18:91-97.
47. Cukor D, Cohen SD, Peterson RA, Kimmel PL: Psychosocial aspects of chronic disease: ESRD as a paradigmatic illness. *J AmSocNephrol* 2007, 18: 3042–3055, 2007.
48. Abel Lerma, Héctor Perez-Grovas, Luis Bermudez, María L. Peralta-Pedrero, Rebeca Robles-García and Claudia Lerma. Brief cognitive behavioural intervention for depression and anxiety symptoms improves quality of life in chronic haemodialysis patients. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* (2017), 90, 105–123.
49. White, H., & Sabarwal; S. (2014). *Diseño y métodos cuasiexperimentales. Síntesis metodológicas: evaluación de impacto nº 8*. Florida: Centro de Investigaciones de UNICEF.
50. Babbie E. *Fundamentos de la investigación social (3ª)*, Thomson editores, México (2000), pp. 232-256.
51. McCambridge, J., Witton, J., & Elbourne, D. R. (2014). Systematic review of the Hawthorne effect: new concepts are needed to study research participation effects. *Journal of clinical epidemiology*, 67(3), 267–277. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.08.015>

ANEXOS

Anexo 1. Encuestas de KDOQoISF36, BDI, BAI y de distorsiones cognitivas específicas, digitalizadas mediante la aplicación de Google formularios.

Figura 1. Captura de pantalla de hoja inicial de encuesta digitalizada.

The image shows a screenshot of a Google Form titled "Inventario de Ansiedad". The form is displayed on a light blue background. At the top, there is a green header with the title "Inventario de Ansiedad". Below the header, there is a paragraph of instructions: "En el cuestionario, hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lee cada una de las preguntas atentamente e indique cuánto te ha afectado en la última semana incluyendo hoy". The form contains several sections, each with a title and four radio button options: "Torpe o entumecido", "Acalorado", "Con temblor en las piernas", "Incapaz de relajarse", "Con temor a que ocurra lo peor", and "Mareado, o que se le va la cabeza". Each section has four radio button options: "En absoluto", "Levemente", "Moderadamente", and "Severamente". The form is framed by a black border.

Test de Beck

Este cuestionario está formado por varios grupos de afirmaciones. Por favor lea todas las aseveraciones de cada grupo. Paso seguido escoja de cada grupo la aseveración que mejor describe la forma en que se siente ahora en estos instantes.

Pregunta	Opción 1	Opción 2	Opción 3	Opción 4
1. Tristeza	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
2. Pesimismo	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
3. Sentimiento de fracaso	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
4. Descontento	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
5. Culpa	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
6. Expectativa de castigo	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
7. Aversión por si mismo	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
8. Autoacusaciones	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
9. Ideas suicidas	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
10. Llanto	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11. Irritabilidad	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
12. Retraimiento social	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
13. Indecisión	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
14. Cambio en la imagen corporal	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
15. Retardo en el Trabajo	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
16. Insomnio	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
17. Agotamiento	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
18. Anorexia	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
19. Pérdida de peso	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
20. Preocupación somática	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21. Pérdida de la libido	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente

Inventario de Ansiedad

Lea cada una de las preguntas atentamente e indique cuánto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy.

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

Escala SF36

******Esta encuesta le pide sus opiniones acerca de su salud. Esta información permitirá saber cómo se siente qué bien puede hacer usted sus actividades normales.**

Pregunta	Opción 1	Opción 2	Opción 3	Opción 4	Opción 5
En general ¿diría que su salud es?	Excelente	Muy buena	Pasable	Mala	
Comparando su salud con la de hace un año ¿Cómo la calificaría en general ahora?	Mucho mejor ahora que hace un año	Algo mejor ahora que hace un año	Más o menos igual ahora que hace un año	Algo peor ahora que hace un año	Mucho peor ahora que hace un año
3.Actividades vigorosas tales como correr levantar objetos pesados, participar en deportes intensos	Sí me limita mucho	Sí me limita un poco	No, no me limita en absoluto		
4.Actividades moderadas tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, jugar boliche, trabajar en el jardín	Sí me limita mucho	Sí me limita un poco	No, no me limita en absoluto		
5.Levantar o cargar las compras del mercado	Sí me limita mucho	Sí me limita un poco	No, no me limita en absoluto		
6.Subir varios pisos por la escalera	Sí me limita mucho	Sí me limita un poco	No, no me limita en absoluto		
7.Subir un piso por la escalera	Sí me limita mucho	Sí me limita un poco	No, no me limita en absoluto		
8.Doblarse, arrodillarse o agacharse	Sí me limita mucho	Sí me limita un poco	No, no me limita en absoluto		
9.Caminar más de 10 cuadras (1kilometro)	Sí me limita mucho	Sí me limita un poco	No, no me limita en absoluto		
10.Caminar varias cuadras (5)	Sí me limita mucho	Sí me limita un poco	No, no me limita en absoluto		









11.Caminar 1 cuadra	Sí me limita mucho	Sí me limita un poco	No, no me limita en absoluto		
12.Bañarse o vestirse	Sí me limita mucho	Sí me limita un poco	No, no me limita en absoluto		
He reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades	Sí	No			
18.Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado	Sí	No			
19.Ha hecho el trabajo u otras actividades con menos cuidado de lo usual	Sí	No			
20. ¿En qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con la familia, amigos, vecinos o grupos?	Nada en absoluto	Ligeramente	De vez en cuando	Bastante	Extremadamente
21.¿Cuánto dolor físico ha tenido durante las últimas 4 semanas?	Nada en absoluto	Ligeramente	De vez en cuando	Bastante	Extremadamente
¿cuánto ha dificultado el dolor su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?	Nada en absoluto	Ligeramente	De vez en cuando	Bastante	Extremadamente
Se ha sentido lleno de vida	Nada en absoluto	Ligeramente	De vez en cuando	Bastante	Extremadamente
24.Se ha sentido muy nervioso	Nada en absoluto	Ligeramente	De vez en cuando	Bastante	Extremadamente

25. Se ha sentido tan decaído de ánimo que nada podía alentarle	Nada en absoluto	Ligeramente	De vez en cuando	Bastante	Extremadamente
26. Se ha sentido tranquilo y sosegado	Nada en absoluto	Ligeramente	De vez en cuando	Bastante	Extremadamente
27. Ha tenido mucha energía	Nada en absoluto	Ligeramente	De vez en cuando	Bastante	Extremadamente
28. Se ha sentido desanimado y triste	Nada en absoluto	Ligeramente	De vez en cuando	Bastante	Extremadamente
29. Se ha sentido agotado	Nada en absoluto	Ligeramente	De vez en cuando	Bastante	Extremadamente
30. Se ha sentido feliz	Nada en absoluto	Ligeramente	De vez en cuando	Bastante	Extremadamente
31. Se ha sentido cansado	Nada en absoluto	Ligeramente	De vez en cuando	Bastante	Extremadamente
¿Cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar parientes, familia, amigos)?	Nada en absoluto	Ligeramente	De vez en cuando	Bastante	Extremadamente
33. ¿Qué tan cierta o falsa es cada una de las siguientes frases para usted?	Nada en absoluto	Ligeramente	De vez en cuando	Bastante	Extremadamente
34. Tengo tan buena salud como cualquier otra persona	Nada en absoluto	Ligeramente	De vez en cuando	Bastante	Extremadamente
35. Creo que mi salud va a empeorar	Nada en absoluto	Ligeramente	De vez en cuando	Bastante	Extremadamente
36. Mi salud es excelente	Nada en absoluto	Ligeramente	De vez en cuando	Bastante	Extremadamente

Figura 5. Cuestionario de distorsiones cognitivas específico para ERC

DISCOG Ver 1.02 ID _____

INSTRUCCIONES: Las siguientes afirmaciones se refieren a comportamientos, sentimientos o pensamientos que todo mundo tiene de vez en cuando, pero algunos ocurren más frecuentemente que otros. Queremos saber qué tan frecuentemente le han ocurrido estas cosas **EN EL ÚLTIMO MES**. Ponga una "X" en **UNO** de los círculos **PARA CADA PALABRA** de la derecha que mejor se ajuste a sus vivencias. No hay respuestas "correctas" o "incorrectas". Sus datos serán tratados confidencialmente.

OJO: Para cada afirmación, responda a TODAS las palabras		Muy frecuen-	Frecuen-	Ocasional-	Muy raramente	Nunca
		tamente	temente	mente		
Cuando hago las cosas mal pienso que soy...						
  Responda a todas las palabras	IDIOTA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	LOCO(A)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	INCAPAZ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	INÚTIL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	IGNORANTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	TONTA(O)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	TORPE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lo peor que puede pasarme por mi enfermedad es...						
  Responda a todas las palabras	TRISTEZA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	DEPRESIÓN	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	(DEJAR O PERDER) A MI FAMILIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	(PERDER O DEJAR O NO VER) A MIS HIJOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	TENER MIEDO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	(EMPEORAR O SEGUIR) ENFERMO (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	MORIR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	HINCHARME	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	SUFRIR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
NO PODER TRABAJAR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Mis fracasos se deben a...						
  Responda a todas las palabras	NO ESCUCHAR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	QUE SOY ENOJON(A)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	MI DISTRACCIÓN	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	NO PENSAR LAS COSAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	MI DESINTERÉS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hacer las cosas mal es...						
  Responda a todas las palabras	DESINTERÉS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	NO PONER ATENCIÓN	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	UN DESCUIDO, DESCUIDARSE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	NO PENSAR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	IRRESPONSABILIDAD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	UN FRACASO, FRACASAR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	MALO, SENTIRSE MAL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	IGNORANCIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
REVISE QUE CONTESTÓ A TODAS LAS FRASES Y QUE SELECCIONÓ SOLO UN CÍRCULO POR PALABRA						

Anexo 2. Hojas de captura de datos

HOJA DE CAPTURA DE DATOS No. ()

Número de codificación: _____

Hoja de variables demográficas

Variable	
Edad	
Sexo	
Escolaridad	
Ocupación	
Estado civil	

Variables relacionadas con la diálisis

Causa de la ERC	
Tiempo en diálisis	
KT/V	
Promedio de ganancia de peso inter-dialítica de los últimos tres meses antes de la terapia	
Promedio de TA sistólica tres meses antes de la terapia	
Promedio de TA diastólica de los últimos 3 meses antes de la terapia	
Prescripción de antihipertensivos 3 meses antes de la terapia	
Dosis de antihipertensivos 3 meses antes de la terapia	
Promedio de ganancia de peso inter-dialítica de un mes después de la terapia	
Promedio de TA sistólica un mes después de la terapia	
Promedio de TA diastólica un mes después de la terapia	
Prescripción de antihipertensivos 1 mes después de la terapia	
Dosis de antihipertensivos 1 mes después de la terapia	
Número de tratamientos médicos	
Dosis de tratamientos médicos	

Variables relacionadas a la esfera psicológica

Puntaje del cuestionario de Beck (BDI) de depresión antes de la terapia	
Puntaje del cuestionario de Beck (BDI) de depresión	

un mes después de la terapia	
Puntaje del cuestionario de Beck (BAI) de ansiedad antes de la terapia	
Puntaje del cuestionario de Beck (BAI) de ansiedad un mes después de la terapia	
Puntaje del cuestionario de QoL (calidad de vida específico) antes de la terapia	
Puntaje del cuestionario de QoL (calidad de vida específico) un mes después de la terapia	
Puntaje del cuestionario de distorsiones cognitivas específico para ERC antes de la terapia	
Puntaje del cuestionario de distorsiones cognitivas específico para ERC antes de la terapia	

Anexo 3. Carta de Consentimiento Informado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)

Nombre del estudio:	Efecto de la Terapia Cognitivo Conductual Breve individual en la depresión que favorece la sobrecarga de volumen en hemodiálisis crónica
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Ciudad de México, 21 de mayo de 2020
Número de registro institucional:	Pendiente
Justificación y objetivo del estudio:	Los Médicos de la Unidad de Hemodiálisis han notado que usted acude a sus sesiones de hemodiálisis con un peso mayor a 3 kilos. Como sabe, esto se debe a que se toma más agua de la que se puede. Una razón por la que los pacientes como usted tienen este problema, que no pueden controlar por sí solos, es la depresión. Por eso se ha considerado necesario investigar si usted la tiene.
Procedimientos:	<p>Usted será invitado a contestar un primer cuestionario que nos ayudará a saber si tiene depresión y qué tan grave es. Si su depresión es leve a moderada, se le invitará a que tome 10 sesiones de psicoterapia, por un tiempo de 8 a 10 semanas. Estas sesiones se le darán al mismo tiempo que venga a hemodiálisis. Si acepta recibir las sesiones, tendrá que contestar 3 cuestionarios más y realizará algunas tareas en casa. Estas tareas son sencillas y tienen como objetivo ayudarlo a mejorar la depresión y a que reduzca la cantidad de líquido que toma en su casa. El tratamiento lo hará un especialista en Psicoterapia y no utilizará ningún medicamento.</p> <p>Durante el tiempo que dure la Psicoterapia y un mes después de que la termine, estaremos vigilando el peso con el que se presenta a las sesiones de hemodiálisis y la presión arterial. Al mes de que haya terminado la terapia, le pediremos que conteste nuevamente los 3 cuestionarios que hizo al principio para poder evaluar qué tanto mejoró la depresión y si requiere de algún otro tratamiento.</p> <p>Es importante que durante el tiempo que reciba las sesiones de Psicoterapia, no suspenda ningún tratamiento que su Médico Nefrólogo de indique, ni tampoco cancele otras consultas. El Médico de la Unidad de Hemodiálisis nos dirá si usted se encuentra en condiciones de ser invitado a este estudio y si durante el estudio usted presentó algún problema médico que le impida continuarlo.</p>
Posibles riesgos y molestias:	Es posible que durante las sesiones de Psicoterapia usted se sienta mal por alguna situación personal. Si así fuera, puede comentarla con el especialista que le dará las terapias. Ellos le ayudarán a resolver cualquier situación emocional que le afecte.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Los beneficios son darse cuenta de que tiene depresión y recibir un tratamiento especializado. Esto le ayudará a colaborar mejor con el Médico Nefrólogo y a

	aprender cómo lidiar con algunas situaciones personales y/o familiares que a veces no pueden modificarse.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Usted será citado por el Psicoterapeuta y el Médico Nefrólogo después de que haya contestado por segunda vez los cuestionarios para darle a conocer los resultados de sus cuestionarios. Además se le informará si requiere de alguna otra intervención. Estos resultados también serán archivados en su expediente.
Participación o retiro:	Puede retirarse del estudio cuando usted lo desee. Sólo tiene que decirle al Psicoterapeuta o al Médico Nefrólogo su decisión de no continuar en el estudio
Privacidad y confidencialidad:	Nunca se dará a conocer su nombre a ninguna persona o Institución. Este estudio sigue los lineamientos de la Ley de Uso de Datos Personales publicada en el Diario Oficial de la Federación 05-07-2010.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

- No acepto participar en el estudio.
- Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable: Dr. Marcos Sebastián Pineda Espinoza
 Colaboradores: Dr. Víctor Manuel Enríquez Estrada

También puede dirigirse a los siguientes investigadores

Nombre	Matrícula	Adscripción	Teléfono
Dr. Marcos Sebastián Pineda Espinoza	11281022	Hospital General Regional Núm 200, Del. Reg. Edo Méx. Poniente	800 623 2323
Dr. Víctor Manuel Enríquez Estrada	97371418	UMAE Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez" CMN SXXI	5544667906
Dr. Luis Rey García Cortés	11023996	Delegación Regional Estado de México Poniente	5540101728
Dr. Leonel Jaramillo Villanueva	9639519	UMAE Hospital de Pediatría "Dr. Silvestre Frenk Freund" CMN SXXI	5627-6900
Dr. Blandino III Agatón Contreras	99157964	Hospital General Regional Núm 200, Del. Reg. Edo Méx. Poniente	800 623 2323
Dra. Yazmín Contreras Hernández	99367387	Hospital General Regional Núm 200, Del. Reg. Edo Méx. Poniente	800 623 2323
Dr. Hilarión Hernández Robledo	98150750	Hospital General Regional Núm 200, Del. Reg. Edo Méx. Poniente	800 623 2323
Dr. Eduardo Déciga García	97158097	Hospital General Regional Núm 200, Del. Reg. Edo Méx. Poniente	800 623 2323
Dra. Verónica Hernández Sánchez	98330195	Hospital General Regional Núm 200, Del. Reg. Edo Méx. Poniente	800 623 2323
Dra. Silvia Palomo Piñón	9024417	Programa Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, UNAM	55-5456-2827
Dra. Rebeca Robles García	Externo	Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz" SSA	55 4160 5000
Lic. Claudia Escudero Hernández	Externo	Consultorios Especializados "Condesa"	
Dr. Abraham Santos Ontiveros	Externo	Carretera Zumpango a Los Reyes Acozac No. 2000 Local M02, 55600 Zumpango de Ocampo, Méx.	591 918 5056

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013

Anexo 4. Intervención TCCB

-Intervención

Se ingresarán los pacientes a la intervención de tipo cognitivo conductual breve, que ha sido planteada de la siguiente forma, siguiendo el modelo de Cukor y colaboradores (39):

- a. Se realizará la intervención en la cabecera del paciente durante la sesión de hemodiálisis, con una duración de 60 minutos.
- b. El número de sesiones en la intervención breve debe de ser de 10 sesiones en un plazo no mayor a tres meses.
- c. Se utilizará el siguiente protocolo para las sesiones:

Se realizan modificaciones primarias de la manera siguiente: (1) psicoeducación haciendo hincapié en la importancia del control nutricional y de la importancia de salud mental, diferenciando pensamientos y comportamientos automáticos, junto con sintomatología depresiva; (2) utilización de un componente adicional dirigido al cumplimiento de la prescripción de diálisis; (3) adaptación del comportamiento activador, desarrollo de una intervención estratégica para el cumplimiento terapéutico y la depresión marcada por el desarrollo de una jerarquía de actividades reforzadoras, a la medicina limitaciones a menudo impuestas por la ERC y el tratamiento hemodialítico; e (4) Identificación de Distorsiones cognitivas específicas de ERC que se abordarán en la reestructuración cognitiva, realización de una técnica de terapia cognitiva en la que la inadaptación de patrones de pensamiento son identificados y desafiados, con énfasis en la estabilización en el reforzamiento de técnicas para contrarrestar la sintomatología afectiva de los participantes y prevención de recaídas.

Ver la Tabla 1 para una detallada descripción de la intervención conforme a las sesiones, para un desglose técnico extenso de las sesiones revisar en anexo 4 y la información como será presentada a los pacientes, se puede observar en anexo 7.

Tabla 2. Esquematización sintáctica de orden y contenido de sesiones.

Número de sesiones	Componentes de las sesiones	Contenido de las sesiones
1-2	<p>Encuadre</p> <p>Diario</p> <p>Psicoeducación</p>	<p>Evaluar la motivación del paciente para el cambio, objetivos para tratamiento, "etapa de cambio"; evaluar la necesidad del paciente para modificar la ingesta de líquidos, el cumplimiento de régimen médico y el componente afectivo depresivo de los participantes, informar el proceso de trabajo en la TCCB.</p> <p>Establecimiento de diario de auto-registro (cada cinco días) para conocer patrones conductuales de ingesta de líquido.</p> <p>Destacar similitudes/diferencias entre depresión, ansiedad, calidad de vida, enfermedad médica y adherencia terapéutica.</p>
3-6	<p>Intervención conductual</p> <p>Intervención cognitiva</p>	<p>Técnicas de auto-monitorización de conducta Planeación de objetivos conductuales terapéuticos Controlar el medio ambiente y la autorregulación conductual ante la ingesta de líquidos Activación conductual: promover el aumento en los participantes de actividades agradables.</p> <p>Capacitar a los participantes sobre la relación entre pensamientos automáticos disfuncionales y negativos percepciones y resultados, que llevan a la persona a la ingesta de líquidos Aplicación de las técnicas cognitivas en la que los patrones de pensamiento no adaptativos serán identificados y desafiados, con énfasis en la estabilización de la sintomatología afectiva de los participantes.</p>
7-8	Reforzamientos	<p>Enseñar y practicar una vida saludable (técnicas de relajación física (tensión-relajación, respiraciones), cumplimiento terapéutico a la restricción de líquidos "pros y contras", monitorización de la "necesidad" de ingerir líquidos).</p> <p>Desarrollar habilidades positivas en sesión, control de la afectividad del paciente.</p> <p>Aumentar los contactos sociales positivos: iniciar y mantener los contactos, construyendo redes de apoyo.</p>
9-10	Cierre de la intervención	Plan para la finalización de la terapia: identificar cuales intervenciones fueron útiles y cuales no lo fueron.

		Prevención de recaída en la ingesta de líquidos y sintomatología depresiva.
--	--	---

Sesiones por contenido desglosadas.

Sesiones	Contenidos	Desglose
Sesión 1	Encuadre Diario	Encuadre conforme a la TCCB (15 minutos). Explicar la TCC breve y evaluar la motivación del paciente para el cambio, objetivos para tratamiento, "etapa de cambio"; evaluar la necesidad del paciente para modificar la ingesta de líquidos y el cumplimiento de régimen médico, establecimiento de objetivos (tips) (30 minutos). Establecimiento de diario de auto-registro (cada cinco días) para conocer patrones conductuales de ingesta de líquido (15 minutos). Conclusiones de primera sesión (2-5 minutos)
Sesión 2	Psicoeducación	Enseñar la importancia de las restricciones de líquidos y la HD, introducción a la información del consumo de sal (sodio), se entrega material para tarea (información nutricional) (30 minutos). Destacar similitudes/diferencias entre depresión, ansiedad, calidad de vida, enfermedad médica y auto-cuidado en la restricción de líquidos (15 minutos). Importancia de la auto-monitorización (15 minutos). Conclusiones de segunda sesión (2-5 minutos).
Sesión 3	Intervención conductual 1	Técnicas de auto-monitorización de conducta (30 minutos). Planeación de objetivos conductuales terapéuticos (15 minutos). Controlar el medio ambiente y la autorregulación conductual ante la ingesta de líquidos (15 minutos). Conclusiones de tercera sesión (2-5 minutos).
Sesión 4	Intervención conductual 2	Activación conductual: promover el aumento en los participantes de actividades agradables (30 minutos). Técnicas de manejo conductual específica ante situaciones de estrés, conforme a la ingesta de líquidos (30 minutos). Conclusiones de la cuarta sesión (2-5 minutos).
Sesión 5	Intervención cognitiva 1	Introducción a la cognición y pensamientos automáticos (15 minutos). Capacitar a los participantes sobre la relación entre pensamientos automáticos disfuncionales y negativos percepciones y resultados, que llevan a la persona a la ingesta de líquidos (30 minutos). Métodos de monitorización de pensamientos "automáticos" y la necesidad de tomar líquidos (15 minutos). Conclusiones de la quinta sesión (2-5 minutos).

Sesión 6	Intervención cognitiva 2	Identificación de la relación entre pensamientos y emociones y el comportamiento que producen de la ingesta de líquidos (40 minutos). Formas de manejar pensamientos automáticos que impacten la ingesta de líquidos (20 minutos). Conclusiones de la sexta sesión (2-5 minutos).
Sesión 7	Reforzamientos 1	Enseñar y practicar una vida saludable (30 minutos). técnicas de relajación física (tensión-relajación, respiraciones) (15 minutos) cumplimiento terapéutico a la restricción de líquidos “pros y contras” (15 minutos). Conclusiones de la séptima sesión (2-5 minutos).
Sesión 8	Reforzamientos 2	Evaluación de la monitorización de la “necesidad” de ingerir líquidos (15 minutos). Desarrollar habilidades positivas en sesión (15 minutos). Aumentar los contactos sociales positivos: iniciar y mantener los contactos, construyendo redes de apoyo (30 minutos). Conclusiones de la octava sesión (2-5 minutos).
Sesión 9	Cierre de la intervención	Plan para la finalización de la terapia: identificar cuales intervenciones fueron útiles y cuales no lo fueron (60 minutos). Conclusiones de la novena sesión (2-5 minutos).
Sesión 10	Cierre y prevención de recaídas	Prevención de recaída en la sintomatología depresiva y en fallas de la restricción de la ingesta de líquidos (60 minutos). Finalización y despedida (2-5 minutos).

Anexo 5. Variables clínicas, antropométricas, signos vitales, bioquímicas y pruebas psicométricas especificaciones.

Complicaciones comunes a la hemodiálisis, hipotensión, coagulación del sistema, cefalea, fiebre, escalofríos, hipoglucemia, dolor precordial, calambres musculares, vómitos y edemas, los cuales han sido definidas como las variables más asociadas a la variación del peso seco y la restricción de líquidos en hemodiálisis, serán determinados por las valoraciones clínicas del personal y capturados pre, post diálisis y cuatro semanas antes durante y después de la intervención, (se registrará durante todo el estudio en la hoja de captura, anexo 2).

En los datos antropométricos se ingresará el IMC. Con respecto a los signos vitales se ingresarán los datos de la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria durante las sesiones.

Resultados de laboratorios, niveles de sodio, potasio, entre otros.

KDOQoLSF36

El presente es un cuestionario auto-administrado, desarrollado a partir de una extensa batería de cuestionarios utilizados en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study) (MOS). Detecta tanto estados positivos de salud, como negativos, así como explora la salud física y la salud mental.

Consta de 36 temas, que exploran dimensiones del estado de salud: i) función física, ii) función social, iii) limitaciones del rol: de problemas físicos, iv) limitaciones de rol: de problemas emocionales, v) salud mental, vi) vitalidad, vii) dolor y viii) percepción de salud general. El rango de las puntuaciones para cada dimensión oscila de 0 a 100. Se utilizó la “versión estándar” que hace referencia al estado de salud en las 4 semanas anteriores, se resuelve en un tiempo aproximado que abarca de 5 a 15 minutos.

El cuestionario SF36, ha sido evaluado en población mexicana, mostrando consistencia en todos los supuestos de validez y confiabilidad de forma satisfactoria, además la traducción de este cuestionario está autorizada por el Proyecto Internacional de Evaluación de la Calidad de Vida y por la Secretaría de Salud. Actualmente este instrumento se ha adaptado a población con enfermedades renales.

Este instrumento presenta un nivel de consistencia interna en el Coeficiente Alfa de Cronbach con un rango de 0.56 a 0.84. Se realizará su aplicación al principio y al final de la intervención.

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Un instrumento autoaplicable en su versión traducida, adaptada y estandarizada para población mexicana por Jurado y colaboradores, cuenta con 21 categorías de síntomas. La suma de todas las respuestas varía de 0 a 63, en donde cuanto mayor es el resultado obtenido, más intensa es la depresión del sujeto, tiene un tiempo aproximado de resolución de 5 a 10 minutos. Los puntajes y cortes son los siguientes:

Puntaje	Nivel de depresión
0-9	Depresión mínima

10-16	Depresión leve
17-29	Depresión moderada
30-63	Depresión severa

Este instrumento presenta un elevado nivel de consistencia interna con un Coeficiente Alfa de Cronbach de 0.87. Se realizará su aplicación al principio y al final de la intervención.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Es un instrumento autoaplicable, compuesto por 21 reactivos que describen diferentes síntomas fisiológicos y emocionales de la ansiedad, con cuatro diferentes opciones de respuesta que van de “poco o nada” a “severamente”. Cada opción de respuesta se puntúa de 0 a 3 y para calificarlo se suman todos los ítems, tiene un tiempo aproximado de resolución de 5 a 10 minutos. Los puntos de corte son los siguientes:

Puntaje	Nivel de ansiedad
0-5	Ansiedad mínima
6-15	Ansiedad leve
16-30	Ansiedad moderada
31-63	Ansiedad severa

Este instrumento presenta un elevado nivel de consistencia interna con un Coeficiente Alfa de Cronbach de 0.94 .

Escala de distorsión cognitiva específica para pacientes con ERC

Este instrumento desarrollado por Lerma, Robles y colaboradores es una medida válida y confiable para evaluar cinco DC asociadas con depresión y ansiedad en pacientes mexicanos con ERC. La medida se sugiere útil para el diseño y valoración de intervenciones cognitivo-conductuales para la depresión y ansiedad de los pacientes con ERC.

Las pruebas psicométricas se realizará su aplicación al principio y un mes después del final de la intervención.

Anexo 6. Formato de registro de variables en SPSS.

Base TCCHD.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

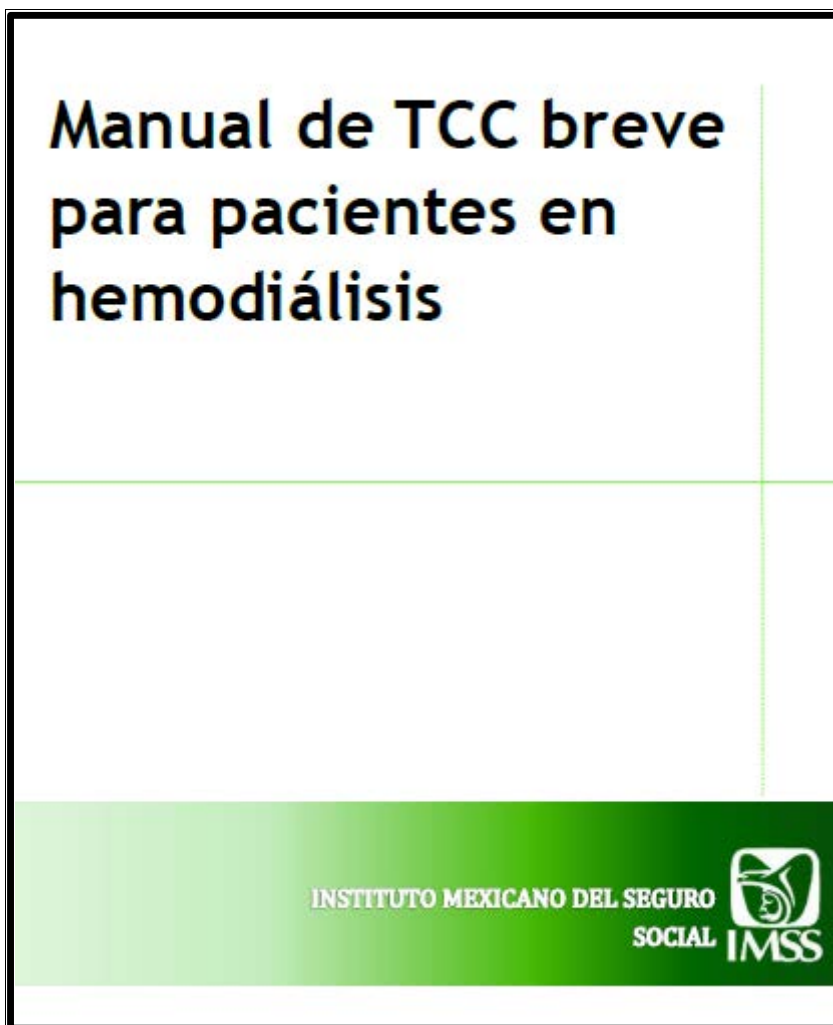
	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores
1	Nombre	Numérico	8	2	Nombre del paciente	Ninguno
2	Edad	Numérico	8	2	Edad del paciente	Ninguno
3	Sexo	Numérico	8	2	Sexo del paciente	Ninguno
4	NSS	Numérico	8	2	Número de seguridad social	Ninguno
5	Escolaridad	Numérico	8	2	Nivel escolar del paciente	Ninguno
6	Ocupación	Numérico	8	2	Ocupación actual paciente	Ninguno
7	correo	Numérico	8	2	e-mail	Ninguno
8	Telefono	Numérico	8	2	telefono de contacto	Ninguno
9	Fecha_DX	Numérico	8	2	Fecha del diagnóstico de FRC	Ninguno
10	Tiempo_D	Numérico	8	2	Tiempo en hemodialisis	Ninguno
11	Comorb_med	Numérico	8	2	Enfermedades médicas	Ninguno
12	Comorb_psiq	Numérico	8	2	Enfermedades psiquiátricas	Ninguno
13	Ant_dx_psiq	Numérico	8	2	Antecedente de diagnóstico psiquiátrico	Ninguno
14	Ant_tx_psiq	Numérico	8	2	Antecedente de tratamiento psiquiátrico	Ninguno
15	Prom_ID_p1	Numérico	8	2	Promedio Interdialítico uno peso (4 semanas)	Ninguno
16	Prom_ID_p2	Numérico	8	2	Promedio Interdialítico dos peso (intervención)	Ninguno
17	Prom_ID_p3	Numérico	8	2	Promedio Interdialítico tres peso (seguimiento)	Ninguno
18	Prom_ID_ta1	Numérico	8	2	Promedio Interdialítico uno TA (4 semanas)	Ninguno
19	Prom_ID_ta2	Numérico	8	2	Promedio Interdialítico dos TA (intervención)	Ninguno
20	Prom_ID_ta3	Numérico	8	2	Promedio Interdialítico tres TA (seguimiento)	Ninguno
21	SF_1	Numérico	8	2	Escala calidad de vida primera aplicación	Ninguno
22	SF_2	Numérico	8	2	Escala calidad de vida segunda aplicación	Ninguno
23	BDI_1	Numérico	8	2	Escala depresión primera aplicación	Ninguno
24	BDI_2	Numérico	8	2	Escala depresión segunda aplicación	Ninguno
25	BDI_3	Numérico	8	2	Escala depresión tercera aplicación	Ninguno

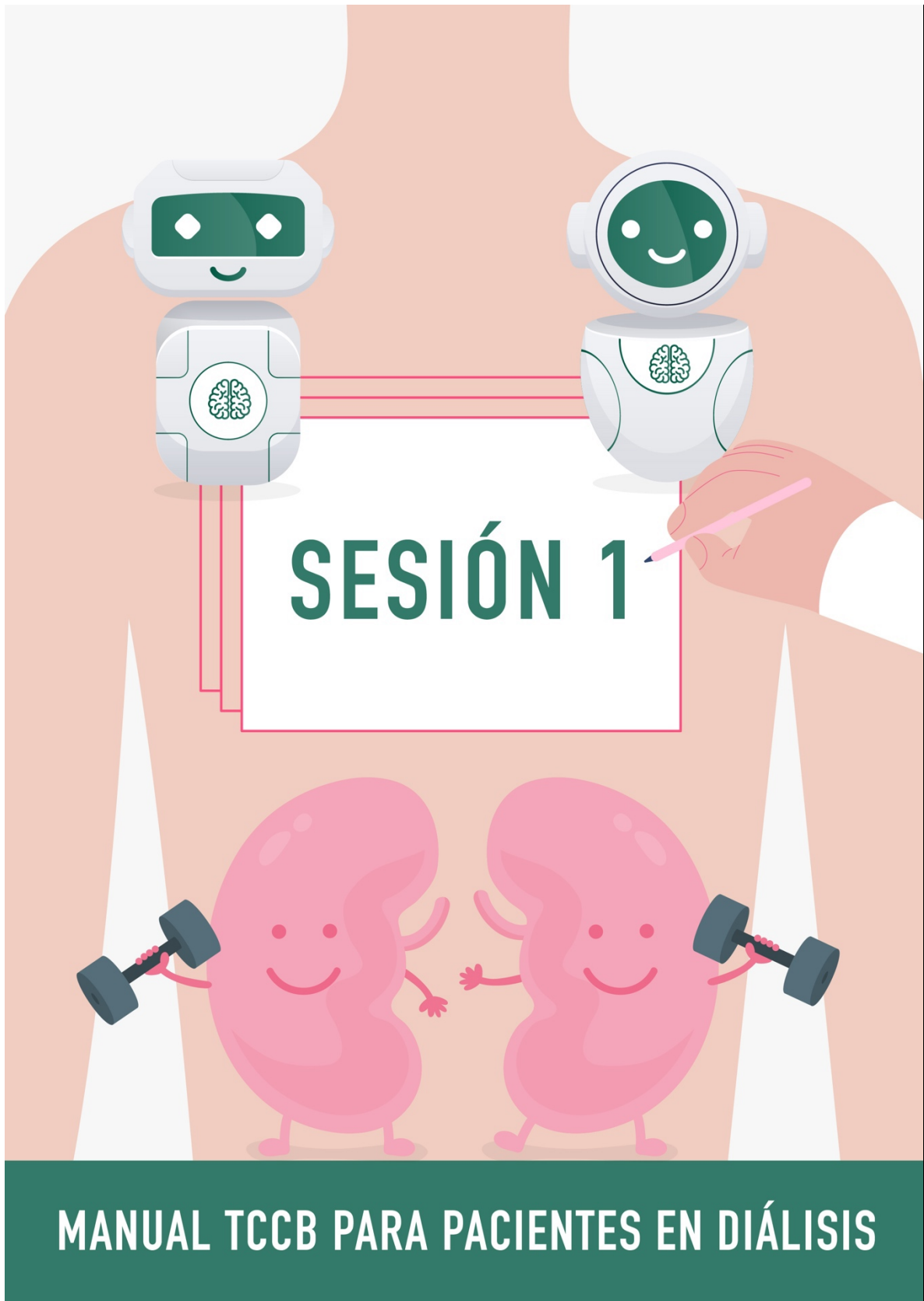
Vista de datos Vista de variables

Anexo 7. Manual TCCB.

Material que será utilizado de manera estándar para la intervención con el paciente (la versión en pdf, contiene comentarios para su utilización de parte del terapeuta).

La finalidad de presentar el material completo como pdf en este apartado es permitir que los revisores puedan conocerlo en su totalidad y permitir su reproducibilidad.





MANUAL TCCB PARA PACIENTES EN DIÁLISIS



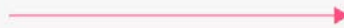
ORIENTAR AL PACIENTE EN LA TCC BREVE

TCC BREVE

Es un modelo que explica cómo están asociados los pensamientos, emociones y conductas.



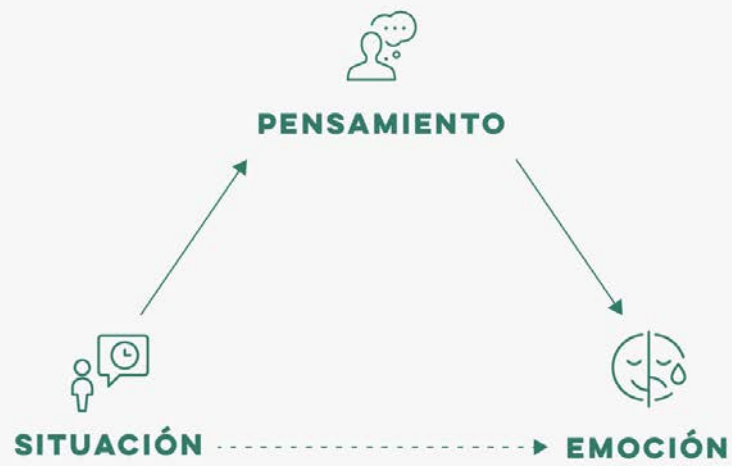
SITUACIÓN



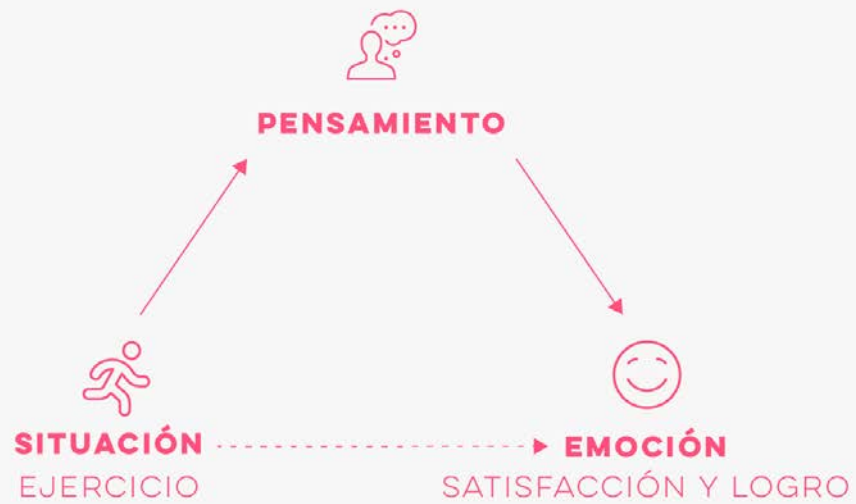
EMOCIÓN

La mayoría de las personas piensa que las situaciones producen las emociones.

Son los pensamientos que influyen en las emociones.



“Tuve un día productivo porque fui a correr”



ENCUADRE

Es una terapia colaborativa, transparente y con un tiempo limitado.

OBJETIVOS



Controlar el propio tratamiento.
Controlar la ansiedad y la depresión.

OBJETIVOS Y MOTIVACIÓN PARA EL CAMBIO

“ Si identificamos qué es lo que podemos cambiar de la situación, entonces podemos avanzar en los pasos para realizarlo. ”

TIPS



- ✓ Se específico en los objetivos.
- ✓ Pon los objetivos de una forma positiva.
- ✓ Mide las ventajas y desventajas de los objetivos.
- ✓ Define las conductas para lograr los objetivos.

DIARIO DE INGESTA DE LÍQUIDOS



FICHA DE REGISTRO DE COMPORTAMIENTO

Fecha:

Nombre:

Registra en la siguiente tabla tus hábitos de ingesta de líquidos.

————— NOTAS SEMANALES —————

Lunes

Martes

Miércoles

Jueves

Viernes

Sábado

Domingo

FIN DE LA SESIÓN 1

- **Establecer tarea para la próxima sesión**
- **Establecer agenda para la próxima sesión**
- **Dudas y comentarios**



SESIÓN 2



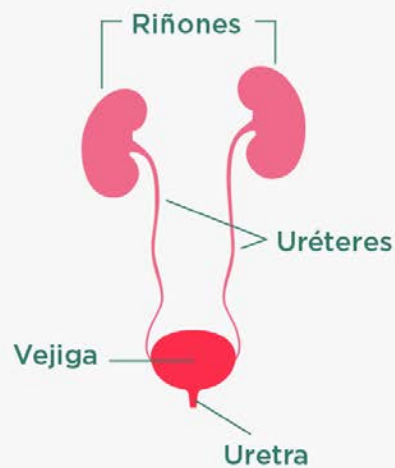
PSICOEDUCACIÓN

PSICOEDUCACIÓN

¿QUÉ SON LOS RIÑONES Y PORQUÉ SON TAN IMPORTANTES?

Usted tiene dos riñones. Cada uno de ellos es aproximadamente del tamaño de su puño. Están ubicados cerca de la parte central de la espalda, justo debajo de la cavidad torácica. Los riñones sanos hacen muchos trabajos importantes. Por ejemplo:

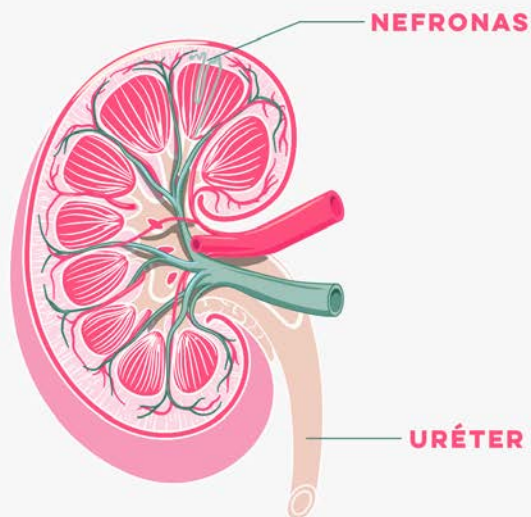
- ✓ Eliminan los productos de desecho y el agua adicional del cuerpo
- ✓ Ayudan a controlar la presión arterial
- ✓ Ayudan a fabricar glóbulos rojos
- ✓ Ayudan a mantener la salud de los huesos.



RIÑONES SANOS

Piense en sus riñones como si fueran un filtro de café. Cuando prepara café el filtro evita el paso de los granos, pero permite el paso del agua. Los riñones hacen algo similar. Mantienen las cosas que usted necesita dentro del cuerpo, pero filtran lo que no es necesario.

Cada uno de los riñones tiene aproximadamente un millón y medio de filtros llamados nefronas. Las nefronas eliminan los desechos y el líquido adicional de la sangre en forma de orina. La orina fluye a través de unos tubos llamados uréteres, hacia la vejiga. La orina se almacena allí hasta que usted va al baño. Los desechos provienen de la descomposición de lo que usted come y bebe, los medicamentos que toma y la actividad muscular normal.



¿QUÉ ES LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA?

La enfermedad renal crónica es una afección que indica que los riñones están dañados. Los riñones dañados no pueden mantener la salud corporal. No pueden filtrar la sangre lo suficientemente bien y no pueden hacer sus otros trabajos tan bien como deberían.

La enfermedad renal no se produce de un día para otro. Se genera lentamente, y en estadios. La mayoría de las personas en los primeros estadios de la enfermedad no presentan síntomas. Es posible que ni siquiera sepan que algo anda mal. Pero si se la detecta y se la trata, la enfermedad renal con frecuencia puede retrasarse o detenerse. Si la enfermedad renal empeora, es posible que se acumulen desechos en niveles altos en la sangre y esto produzca malestar general. Es posible que tenga otros problemas como presión arterial alta, un recuento bajo de glóbulos rojos (anemia), debilidad ósea, mala nutrición y daño nervioso. También tendrá una mayor posibilidad de tener enfermedad cardíaca y de los vasos sanguíneos.



Si la enfermedad continúa empeorando, puede producir insuficiencia renal. Esto significa que los riñones ya no trabajan lo suficientemente bien como para mantenerlo vivo y usted necesita un tratamiento como diálisis o un trasplante de riñón.

¿QUÉ ES UNA DIÁLISIS Y CÓMO FUNCIONA?

La diálisis es un tratamiento que suplente algunas de las funciones normalmente llevadas a cabo por unos riñones sanos. La diálisis es necesaria cuando los riñones no funcionan lo suficientemente bien para mantenerte sano.

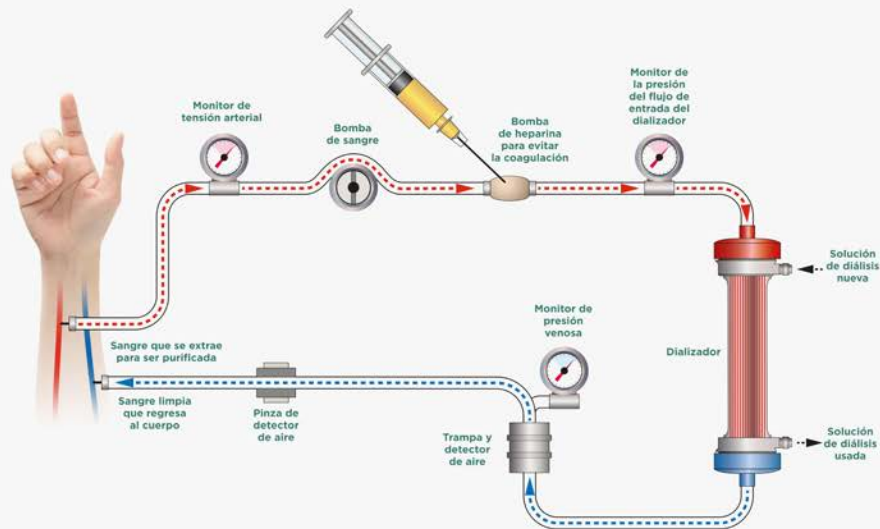
DIÁLISIS:

- ✓ Remueve desechos de productos, sal y exceso de agua en el cuerpo para prevenir acumulaciones.
- ✓ Ayuda a mantener en correcto nivel ciertos químicos en la sangre, algunos son: potasio, sodio, bicarbonato, calcio y fósforo.
- ✓ Ayuda a controlar la presión arterial.
- ✓ Ayuda a la producción de glóbulos rojos para corregir la anemia.

Existen dos tipos de diálisis: hemodiálisis y diálisis peritoneal.

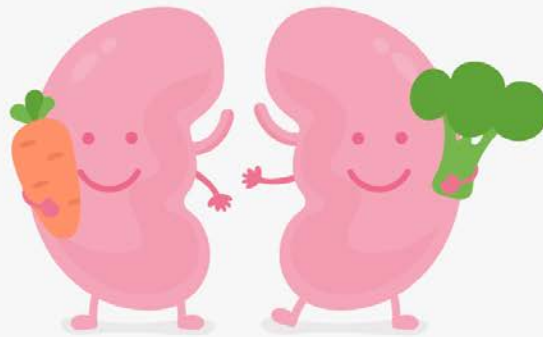
HEMODIÁLISIS

En la hemodiálisis, una especie de riñón artificial (hemodializador) es usado para remover desechos de productos, exceso de químicos y fluidos de la sangre.



ALIMENTACIÓN

Los riñones son los encargados de eliminar las sustancias de desecho de la sangre y de regular los líquidos en nuestro organismo. En las enfermedades renales graves los riñones dejan de hacer estas funciones con normalidad, por lo que debemos controlar la ingestión de líquidos y de algunos alimentos. **Modificar la alimentación, no solo es una recomendación saludable, sino que junto con los medicamentos y la diálisis, es parte fundamental del tratamiento.** La alimentación es vital para una correcta evolución de la enfermedad y para prevenir la aparición de otras enfermedades asociadas como la diabetes, la hipertensión o la obesidad.



En esta guía se realizan unas recomendaciones generales, para todas las edades, que deben ser adaptadas a su caso particular por su médico y los sanitarios de su servicio de nefrología.

LA DIETA DE LAS PERSONAS CON INSUFICIENCIA RENAL DEBE SER:

VARIADA: que incluya alimentos de distintas clases con el fin de obtener todos los nutrientes necesarios para evitar la monotonía y el aburrimiento a la hora de comer.

EQUILIBRADA: que aporte una cantidad adecuada de cada uno de los nutrientes que forman los alimentos.

ADECUADA EN ENERGÍA: Suficiente para cubrir nuestras necesidades según sexo, edad, peso y actividad física.

ORDENADA: Realizando 4 o 5 comidas al día, sin saltarse ninguna y no picando entre horas. No debemos estar muchas horas sin comer.

ADAPTADA: Según valoración nutricional, al tipo de enfermedad renal de base y a la fase en la que nos encontremos: prediálisis, hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal.

COMPLEMENTADA: con algún soporte nutricional. Nuestro médico nos indicará si necesitamos tomar suplementos (batidos, medicamentos, etc.)

Hay que prestar atención especial a la Ingesta de líquidos y a ciertos componentes de los alimentos, con los que tenemos que estar familiarizados: proteínas, sodio, potasio, calcio y fósforo.



COMER

Cuanto más nos ajustemos a las siguientes recomendaciones, mejor será nuestra salud y calidad de vida.

Tener en cuenta unos sencillos consejos de cocina nos permitirá comer muy parecido a como lo hacíamos antes y junto al resto de la familia.



1 Aplique técnicas de remojo y doble cocción al cocinar las hortalizas, verduras, patatas, setas y legumbres. El potasio pasará al agua, con lo que se consigue reducir su contenido a casi la mitad:



REMOJO: Pele y corte en trozos pequeños y finos los alimentos que lo permitan, déjelos en remojo durante 12-24 horas en abundante agua, y cambie el agua todas las veces que le sea posible.



DOBLE COCCIÓN: Tire el agua del remojo y ponga a cocer el alimento en abundante agua. Cuando rompa a hervir, tire esa agua y pase el alimento a otra olla con agua hirviendo, para que termine de cocerse mediante una ebullición prolongada. Deseche el caldo de la cocción y no lo consuma nunca.

2

Utilice verduras congeladas

Tienen menos potasio que las frescas. Para congelarlas en casa, córtelas y escáldelas en agua hirviendo unos minutos antes de introducirlas en el congelador. Aun así, cocínelas con ebullición prolongada y cambie el agua a mitad de cocción.

3

Desale los vegetales en lata

Escúrralos y póngalos en remojo durante 2 o 3 horas.



4

Cocine las frutas o consúmalas en conserva

Porque reducen su contenido en potasio. Es aconsejable tomarlas hervidas, en almíbar (sin su jugo), en confituras, mermeladas o compotas. Tenga en cuenta que si se asan en horno o microondas no pierden el potasio.

¿QUÉ ES LA SAL?

Es sodio, un mineral que se encuentra naturalmente en los alimentos y en la mayor parte de la sal de mesa.

¿Cuáles son los efectos de comer demasiada sal?

Cuando sus riñones no están sanos, se acumula sodio y líquidos adicionales en su cuerpo. Esto puede causar hinchazón en los tobillos, hinchazón, aumento de la presión arterial, dificultad para respirar y/o líquido alrededor del corazón y los pulmones.

¿Cuánta sal debo comer como parte de una dieta saludable?

La mayoría de los estadounidenses tienen demasiada sal en su dieta. Una dieta saludable no debe incluir más de una cucharadita de sal por día.

¿Por qué necesito limitar mi consumo de sal?

Se necesita un poco de sal para el equilibrio del agua corporal. Pero cuando sus riñones pierden la capacidad de controlar el equilibrio de sales y agua, se puede experimentar lo siguiente:

- > Sed
- > Alta presión sanguínea
- > Incomodidad durante la diálisis

AL USAR MENOS SAL EN SU DIETA, PUEDE CONTROLAR ESTOS PROBLEMAS.



¿Cómo puedo reducir la sal en mi dieta?

Hay muchas hierbas y especias que puede usar para agregar sabor a su comida en lugar de sal. También, ciertos alimentos contienen más sal que otros. Consulte la siguiente tabla para obtener algunas sugerencias sobre cómo reducir la sal en su dieta:



CONSEJOS PARA MANTENER BAJA LA INGESTA DE SAL

- Cocine con hierbas y especias en lugar de sal. (Consulte la sección "Condimente su cocina" para obtener más sugerencias).
- Lea las etiquetas de los alimentos y elija los alimentos bajos en sal.
- Evite los sustitutos de la sal y los alimentos especiales bajos en sodio hechos con sustitutos de la sal porque son ricos en potasio.
- Cuando coma afuera, pida carne o pescado sin sal. Pida salsa o salsa al lado; Estos pueden contener grandes cantidades de sal y deben usarse en pequeñas cantidades.
- Limite el uso de alimentos enlatados, procesados y congelados.

ALGUNA INFORMACIÓN SOBRE LA LECTURA DE ETIQUETAS

COMPREENSIÓN DE LOS TÉRMINOS:

Sin sal: sólo una cantidad mínima de sal por porción.

Muy bajo en sal: una cucharadita o menos por porción.

Bajo en sal: 5 cucharaditas o menos por porción.

Reducido en sal: alimentos en los que el nivel de sal se reduce en un 25%.

Light or "Lite in Salt": alimentos en los que la sal se reduce al menos en un 50%.



Regla práctica simple: si la sal figura en los primeros cinco ingredientes, el artículo probablemente sea demasiado alto en sodio para usar.

Todas las etiquetas de los alimentos ahora tienen miligramos (mg) de sodio en la lista. Siga estos pasos cuando lea la información de sodio en la etiqueta.

Sepa cuánto sodio se le permite cada día. Recuerde que hay 1000 miligramos (mg) en 1 gramo. Por ejemplo, si su receta dietética es de 2,3 gramos de sodio, su límite es de 2300 miligramos por día. Considere el valor de sodio u otros alimentos que se comerán durante el día.

Mira la etiqueta del paquete. Verifique el tamaño de la porción. Los valores nutricionales se expresan por porción. ¿Cómo se compara esto con tu asignación diaria total? En general, si el nivel de sodio es de 500 mg o más por porción, el artículo no es una buena opción.

Excepciones: para un plato envasado de hasta 600 mg de sodio, para una guarnición o merienda de hasta 200 mg de sodio.

Compara etiquetas de productos similares. Seleccione el nivel de sodio más bajo para el mismo tamaño de porción.

CÓMO CONDIMENTAR TU COCINA

Renunciar a la sal no significa renunciar al sabor. Aprenda a sazonar su comida con hierbas y especias. Sea creativo y experimente con un sabor nuevo y emocionante.

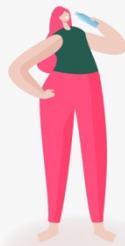


EL AGUA Y LOS LÍQUIDOS



PUEDE TOMAR

- Agua.
- Zumo de limón.
- Paletas de hielo y raspados.
- Café de cafetera claro, té e infusiones suaves.
- De vez en cuando: vino de forma moderada en las comidas, bebidas refrescantes sin azúcar.



CANTIDAD TOTAL En hemodiálisis

1/2 LITRO AL DÍA + volumen de orina.
(Restricción máxima cuando deja de orinar).



EVITE BEBER

- Bebidas alcohólicas
- Preparados deshidratados, caldos o sopas comerciales.
- Bebidas para deportistas.
- Cafés muy fuertes y cafés solubles incluso descafeinado.
- Bebidas refrescantes con azúcar.
- Todas las bebidas de cola.

No utilice sal dietética de régimen

CONSEJOS

Consuma los guisos, potajes y sopas sin caldo.
Saltee las verduras después de hervirlas.



BEBER

Con las siguientes recomendaciones conseguirá disminuir su sensación de sed.



1. Reduzca todo lo posible el consumo de sal y de alimentos salados.
2. Utilice trucos que disminuyan la cantidad de agua propia de los alimentos: tostar el pan, saltear en sartén las verduras hervidas.



3. Tome un par de rodajas finas de limón al día para estimular la salivación o tome algún chicle sin azúcar.

4. Beba té frío y limonada en vez de refrescos, haga con ellos cubitos de sabores.

5. Manténgase activo para no pensar en la sed.



GRUPOS DE ALIMENTOS QUE DEBEMOS CONTROLAR

ALIMENTOS	RACIONES
 <p>Leche y productos lácteos</p>	1/2 vaso al día y 2 o 3 postres lácteos a la semana
 <p>Frutas</p>	2 al día: una fruta cruda y una cocinada o en conserva
 <p>Verduras</p>	2 al día
 <p>Legumbres</p>	1 a la semana
 <p>Carnes, pescado, huevos</p>	1 en Prediálisis 2 en Diálisis
 <p>Líquidos</p>	1/2 litro + cantidad orinada

HEMODIÁLISIS

OBJETIVOS

- Evitar el acúmulo de desechos en la sangre entre sesiones.
- No ganar peso entre sesiones.
- Compensar la pérdida de proteínas y otros nutrientes.
- Estar bien nutrido.

CARACTERÍSTICAS DE MI DIETA

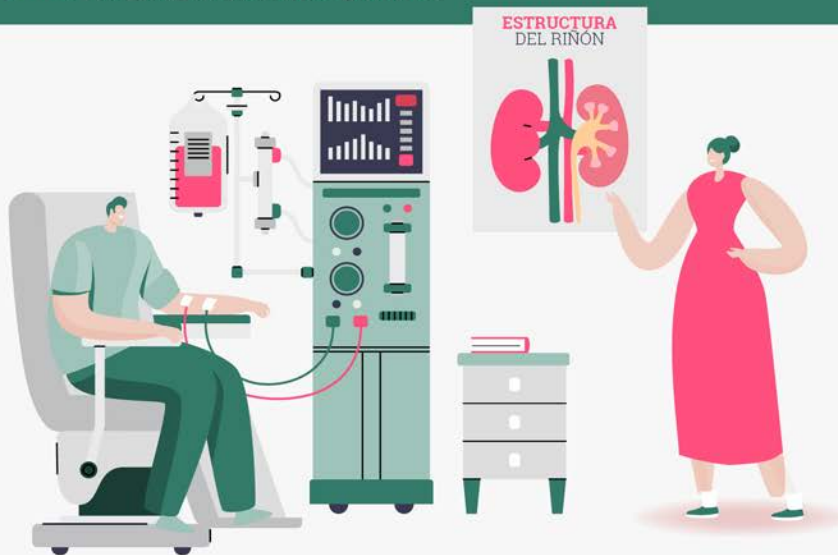
- Calorías suficientes para no perder peso ni engordar.
- Con más cantidad de proteínas (Adultos: 1-1.2 g/Kg/día. Niños: según indicación médica).
- Evitar alimentos con fósforo y potasio.
- Baja en sal.
- Muy restringida en líquidos.



Los fines de semana reducir al mínimo el consumo de sal y líquidos para no ganar mucho peso.



Los requerimientos de líquidos y sal aumentan en caso de sudoración, vómitos y fiebre.



PSICOEDUCACIÓN SALUD MENTAL

La diálisis requiere mucho tiempo y esfuerzo. Además de tiempo considerable dedicado a viajar hacia y desde las citas y al recibir tratamiento, las personas que reciben diálisis deben cuidadosamente controlar su dieta y consumo de líquidos.

Cuando las personas comienzan con la diálisis, típicamente experimentan una oleada de emociones. Pero las emociones no siempre son negativas.



Personas que sabían que era probable la diálisis en su futuro sintieron una especie de alivio ahora que han comenzado. Algunas personas, como las que esperan un trasplante de riñón, podría sentir una extraña mezcla de emociones, incluyendo esperanza, ansiedad y miedo.



No importa lo que sientas, es útil saber que a nivel emocional: "La montaña rusa es común".



A medida que te adaptas a la rutina de diálisis, deberías comenzar a sentirte más como tú mismo.



Y a medida que continúas es importante seguir con tu vida cotidiana, hay pasos que puedes tomar para manejar la tristeza, la preocupación y estrés.

Es normal sentirse triste mientras se ajusta a los cambios que trae la diálisis. Pero para algunas personas, la tristeza persiste. Los estudios sugieren que aproximadamente 1 de cada 5 pacientes con enfermedad renal crónica sufren de depresión. La ansiedad también es común en personas con enfermedades crónicas. Un estudio de 2008 encontró que el 45 por ciento de las personas que reciben diálisis por enfermedad renal en etapa terminal experimentaron algún tipo de trastorno de ansiedad.

Es posible que necesites ayuda adicional para controlar tus emociones si notas que:



→ Comienzas a sentirte desesperanzado.

→ A menudo muy estresado o preocupado.



→ Duermes más o menos de lo que solías.

→ Estás frecuentemente irritable con amigos y familiares.

→ Te retiras de personas o actividades que solías disfrutar.

→ Haces cosas que sabes que no son saludables, como omitir medicamentos.

→ Pones excusas para no seguir las recomendaciones del médico.



FIN DE LA SESIÓN 2

- **Revisión y mantenimiento de diario semanal**
- **Tarea: revisar indicaciones nutricionales**
- **Dudas y comentarios**



SESIÓN 3



INTERVENCIÓN CONDUCTUAL I

TÉCNICAS DE AUTO MONITORIZACIÓN CONDUCTUAL



FICHA DE MONITOREO DE COMPORTAMIENTO

Nombre: Semana del: al:

Lunes	Emociones	Intensidad	Impulsos	Intensidad	Conducta
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1.....5 1.....5 1.....5 1.....5	<input type="checkbox"/> Suicidarse <input type="checkbox"/> Autolesionarse	1.....5 1.....5 1.....5 1.....5	<input type="checkbox"/> Intento de suicidio <input type="checkbox"/> Autolesión <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Utilizó alguna técnica? ¿Funcionó?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No	¿Cuál? ¿Por qué no?	
Martes	Emociones	Intensidad	Impulsos	Intensidad	Conducta
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1.....5 1.....5 1.....5 1.....5	<input type="checkbox"/> Suicidarse <input type="checkbox"/> Autolesionarse	1.....5 1.....5 1.....5 1.....5	<input type="checkbox"/> Intento de suicidio <input type="checkbox"/> Autolesión <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Utilizó alguna técnica? ¿Funcionó?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No	¿Cuál? ¿Por qué no?	
Miércoles	Emociones	Intensidad	Impulsos	Intensidad	Conducta
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1.....5 1.....5 1.....5 1.....5	<input type="checkbox"/> Suicidarse <input type="checkbox"/> Autolesionarse	1.....5 1.....5 1.....5 1.....5	<input type="checkbox"/> Intento de suicidio <input type="checkbox"/> Autolesión <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Utilizó alguna técnica? ¿Funcionó?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No	¿Cuál? ¿Por qué no?	
Jueves	Emociones	Intensidad	Impulsos	Intensidad	Conducta
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1.....5 1.....5 1.....5 1.....5	<input type="checkbox"/> Suicidarse <input type="checkbox"/> Autolesionarse	1.....5 1.....5 1.....5 1.....5	<input type="checkbox"/> Intento de suicidio <input type="checkbox"/> Autolesión <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Utilizó alguna técnica? ¿Funcionó?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No	¿Cuál? ¿Por qué no?	
Viernes	Emociones	Intensidad	Impulsos	Intensidad	Conducta
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1.....5 1.....5 1.....5 1.....5	<input type="checkbox"/> Suicidarse <input type="checkbox"/> Autolesionarse	1.....5 1.....5 1.....5 1.....5	<input type="checkbox"/> Intento de suicidio <input type="checkbox"/> Autolesión <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Utilizó alguna técnica? ¿Funcionó?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No	¿Cuál? ¿Por qué no?	
Sábado	Emociones	Intensidad	Impulsos	Intensidad	Conducta
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1.....5 1.....5 1.....5 1.....5	<input type="checkbox"/> Suicidarse <input type="checkbox"/> Autolesionarse	1.....5 1.....5 1.....5 1.....5	<input type="checkbox"/> Intento de suicidio <input type="checkbox"/> Autolesión <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Utilizó alguna técnica? ¿Funcionó?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No	¿Cuál? ¿Por qué no?	
Domingo	Emociones	Intensidad	Impulsos	Intensidad	Conducta
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1.....5 1.....5 1.....5 1.....5	<input type="checkbox"/> Suicidarse <input type="checkbox"/> Autolesionarse	1.....5 1.....5 1.....5 1.....5	<input type="checkbox"/> Intento de suicidio <input type="checkbox"/> Autolesión <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Utilizó alguna técnica? ¿Funcionó?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No	¿Cuál? ¿Por qué no?	

AUTOMONITORIZACIÓN



FICHA DE ANÁLISIS DE CONDUCTA

Fecha de llenado:

Fecha de la conducta problemática:

ANÁLISIS EN CADENA DE LA CONDUCTA PROBLEMÁTICA

¿Cuál es la conducta problemática que estoy analizando?

¿Qué cosas en mi y en mi entorno me hicieron vulnerable para engancharme en la conducta problemática?

¿Cuál evento reciente en mi entorno me puso al pie de la conducta problemática?

¿Cuáles son los eslabones de la cadena entre el evento reciente y la conducta problemática? (Sé específico y detallado acerca de lo ocurrido.)

Teniendo en cuenta que las consecuencias pueden ser inmediatas o tardías, contesta las siguientes preguntas sobre tu conducta.

1. ¿Cuáles serían las consecuencias negativas?

2. ¿Cuáles serían las consecuencias positivas?

ANÁLISIS DE SOLUCIONES



FICHA DE ANÁLISIS DE SOLUCIONES

Maneras de reducir mi vulnerabilidad en el futuro:

Maneras en que puedo prevenir sucesos como el recién experimentado: (no siempre se pueden controlar estos hechos, sin embargo, puedes tratar de explorar ideas para prevenirlos).

Maneras en que puede funcionar cambiar los eslabones en la cadena a partir del hecho reciente hacia la conducta problemática. (¿Cómo podrías romper eslabones en la cadena para que así sea menos probable engancharte en ello la próxima vez?).

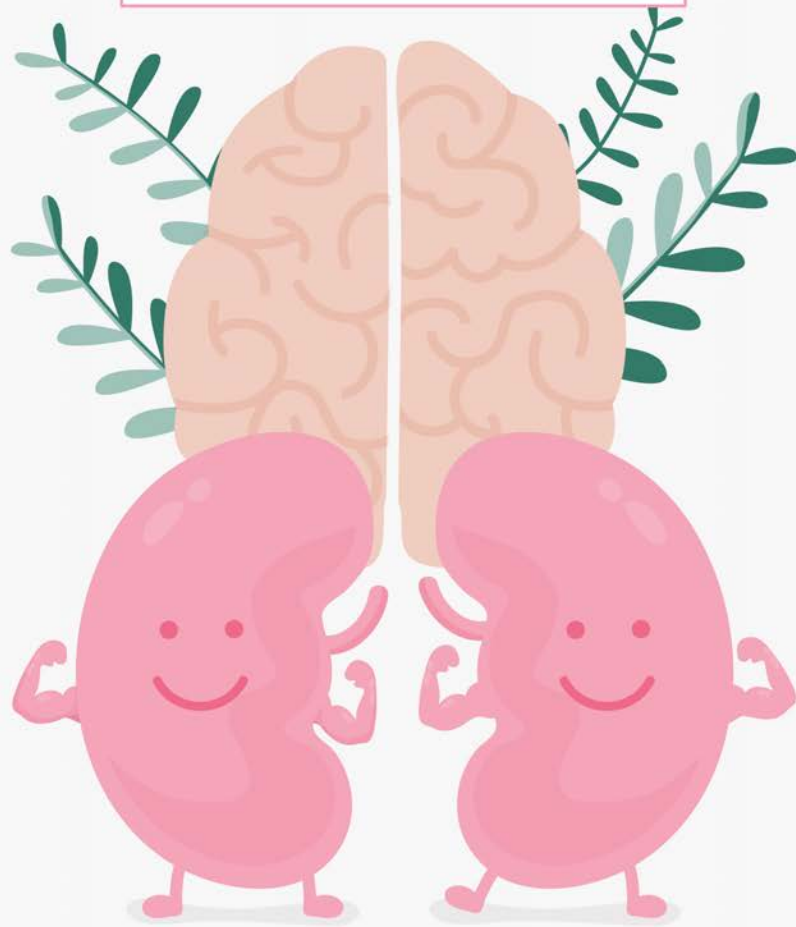
¿Existe algo que necesitas corregir o algún daño que reparar causados por la conducta problemática?

FIN DE LA SESIÓN 3

- **Revisión de diario semanal**
- **Utilizar las hojas de automonitorización y análisis de soluciones**
- **Dudas y comentarios**



SESIÓN 4



INTERVENCIÓN CONDUCTUAL II

ACTIVACIÓN CONDUCTUAL

(Denominada alternativamente actividades placenteras crecientes) consiste en una serie de comportamientos posibles que incluyen, entre otros:

01 Reintroducir actividades previas

02 Introducir nuevas actividades placenteras

03 Afrontamiento activo (por ejemplo, tomar alguna forma de acción conductual) para aliviar o reducir un factor estresante de la vida.

Entre los ejemplos de afrontamiento activo/conductual en que no se manejan eventos agradables se incluyen:

- ✓ Presentar u obtener impuestos.
- ✓ Limpiar un armario desordenado.
- ✓ Llamar a un familiar separado.

El objetivo del afrontamiento activo es disminuir el estrés mediante el logro o la superación.



Si las personas deprimidas aumentan sus actividades diariamente, esto mejorará su ánimo y reducirá los síntomas de la depresión.



PASOS PRINCIPALES

Paso 1. Incorpora la activación conductual y su potencial influencia para el paciente.

Paso 2. Presenta ejemplos de pacientes para mostrar la relación entre el ánimo y el comportamiento.

Paso 3. Identifica actividades placenteras /estrategias de afrontamiento activas.

Paso 4. Establece un plan de acción.

Paso 5. Monitorea el progreso.



EJERCICIO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

SOLUCIONAR

Ejercicio de solución de problemas

PROBLEMA ESPECÍFICO

POSIBLES SOLUCIONES

ENLISTA
PROS Y CONTRAS



UBICA LA MEJOR SOLUCIÓN CIRCULANDO TU ELECCIÓN

IDENTIFICA OPCIONES

PLANTEA LA SOLUCIÓN

_____	DURACIÓN _____
_____	DURACIÓN _____
_____	DURACIÓN _____

REVISY Y DECIDE SI TU SOLUCIÓN PUEDE FUNCIONAR

- SÍ
- NO



FICHA DE PROS Y CONTRAS

Conducta _____

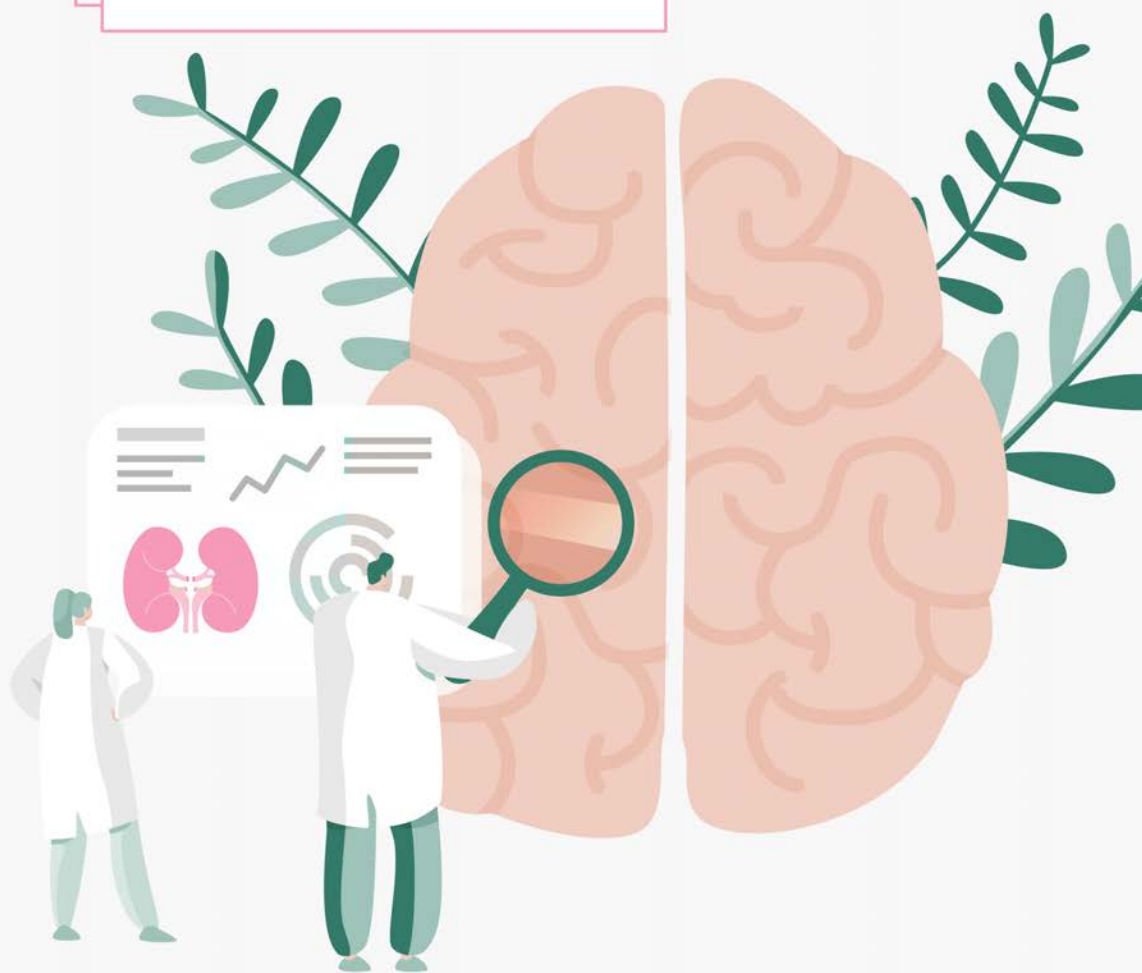
Efectos positivos teniendo esta conducta	Efectos positivos de no tener esta conducta
Efectos negativos teniendo esta conducta	Efectos negativos de no tener esta conducta
Consecuencias positivas a corto plazo	Consecuencias positivas a largo plazo
Consecuencias negativas a corto plazo	Consecuencias negativas a largo plazo

FIN DE LA SESIÓN 4

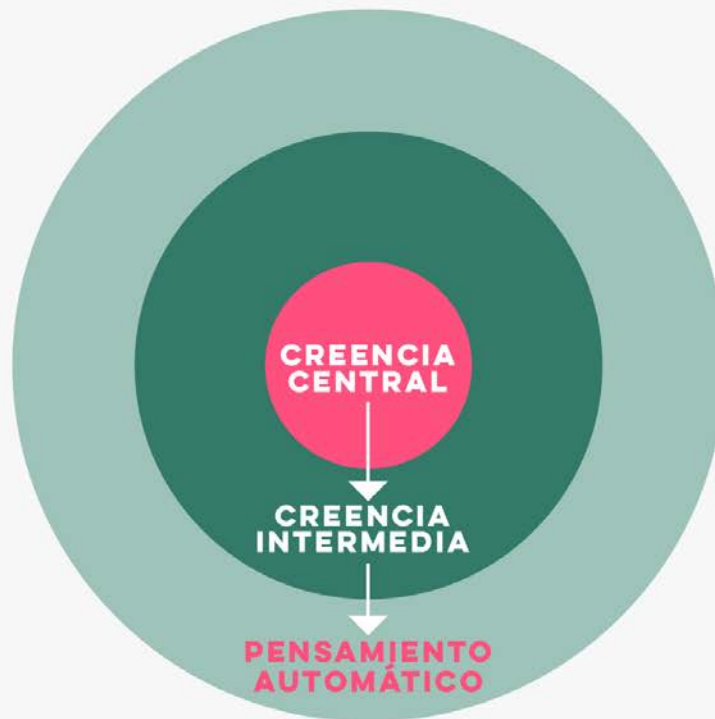
- **Aplicar la activación conductual**
- **Aplicar la técnica de solución de problemas**
- **Dudas y comentarios**



SESIÓN 5 Y 6



INTERVENCIÓN COGNITIVA



Al educar al paciente sobre las creencias básicas, aclare varias cosas: las creencias básicas son sólo ideas. Sentirlas fuertemente no las hace verdaderas.

- Estas creencias comenzaron a desarrollarse durante la infancia. El paciente las cree hoy porque él/ella ha almacenado evidencia para apoyarlas y rechazó evidencia para contradecirlas.
- Estas creencias se pueden probar y cambiar mediante el uso de las técnicas que se enseñarán en terapia.

Ejemplo de asignaciones de tarea:

- ✓ Mantén un bloc de notas e intenta enumerar los pensamientos automáticos que tengas durante el día.
- ✓ Usa el diagrama triangular para analizar tres o cinco situaciones en las que experimentaste una fuerte emoción.
- ✓ Crea una lista de supuestos y evidencia a favor y en contra de esos supuestos.
- ✓ Completa las primeras tres secciones del Registro de pensamientos para una o dos situaciones.

MONITOREO DEL ÁNIMO Y REGISTRO DE ACTIVIDADES



FICHA DE MONITOREO DE ÁNIMO Y REGISTRO DE ACTIVIDADES

Escribe dentro de la casilla de “hora” la actividad que hayas realizado y anota a un lado el nivel de intensidad que experimentaste en una escala de 0 a 100. Elige (A) para Ansiedad y (D) para Depresión.

Hora	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
6-7 AM	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:
7-8 AM	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:
8-9 AM	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:
9-10 AM	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:
10-11 AM	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:
11-12 AM	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:
12-1 PM	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:
1-2 PM	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:
2-3 PM	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:
3-4 PM	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:
4-5 PM	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:
5-6 PM	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:
6-7 PM	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:
7-8 PM	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:
8-9 PM	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:	A: D:

REGISTRO DE EMOCIONES



FICHA DE REGISTRO DE EMOCIONES

Describe una situación reciente. Identifica la emoción que te generó y califica su intensidad en una escala de 0 a 100 en el momento ocurrido. (Si no logras identificar cómo te sientes, ayúdate con la lista que aparece al final de este formato).

1.	Situación _____										
Emoción	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Emoción	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Emoción	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
2.	Situación _____										
Emoción	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Emoción	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Emoción	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
3.	Situación _____										
Emoción	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Emoción	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Emoción	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
ansioso	asqueado	asustado	atemorizado	aterrado	avergonzado						
celoso	confiado	cordial	culpable	deprimido	desesperanzado						
emocionado	encolerizado	enloquecido	enojado	esperanzado	feliz						
frustrado	furioso	herido	humillado	incómodo	inseguro						
nervioso	triste	tenso									

FIN DE LA SESIÓN 5 Y 6

Tareas:

- Detectar pensamientos automáticos
- Detectar los pensamientos automáticos asociados a la ingesta de líquidos
- Detectar los pensamientos automáticos asociados a los síntomas depresivos
- Dudas y comentarios





RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA



Prepara el ambiente

Una silla cómoda (es recomendable una silla de respaldo alto para proporcionarle buen soporte al paciente).

Un sitio seguro y tranquilo (cuida la temperatura, el ruido, la iluminación)

Otros consejos para incrementar el manejo del estrés de manera efectiva

- ✓ Pide al paciente desprenderse de objetos pesados o incómodos como collares, cadenas, pulseras o gafas.
- ✓ Pide al paciente sentarse en una posición cómoda (sin cruzar brazos ni piernas, manteniendo ambos pies apoyados en el piso).
- ✓ Regula la iluminación del lugar.
- ✓ Pide al paciente cerrar los ojos.
- ✓ Pregunta al paciente si necesita hacer una pausa e ir al baño antes de empezar.
- ✓ Pide al paciente tener la mente despejada y concentrarse en seguir las instrucciones y el sonido de tu voz.

RESPIRACIÓN PROFUNDA



Pasos para practicar la respiración profunda.

- ✓ Inhala por la nariz y exhala por la boca.
- ✓ Pida al paciente que mueva los labios (como si soplara una vela) cada vez que exhale.
- ✓ Mantenga un ritmo fluido durante la respiración.
- ✓ Pida al paciente que cierre los ojos durante el ejercicio.
- ✓ Los pacientes podrían querer usar algún mantra como “calma” durante cada exhalación.
- ✓ Relaciona la respiración profunda con imágenes una vez que el paciente ha comenzado a dominar las técnicas de respiración.
- ✓ Enfatiza y remarca que la respiración profunda es una técnica portátil que puede ser usada en una variedad de situaciones y es relativamente inobservable para otros. (En comparación con la RMP, la cual es menos adaptable).

IMAGINERÍA

Tema	Aspecto central	Imagen	Resultado
Depresión	Baja Autoestima	Imágenes de éxito o de situaciones exitosas en el pasado; imágenes de una experiencia placentera que haya sucedido.	Incremento de la autoconfianza; disminución de pensamientos negativos, distracción del estado de ánimo negativo.
Ansiedad/ Angustia	Hablar en público	Imagen de un discurso que sale bien; imagen de algo gracioso	Reducción de la negatividad; distracción; incremento de las expectativas positivas
Ansiedad al entorno médico	Miedo a las agujas/ inyecciones	Relajación, calma. Ambiente tranquilo.	Menor tensión; disminución de la ansiedad; tolerancia al procedimiento y menor estrés.
Desempeño deportivo	Concentración del esfuerzo durante un partido de tenis/golf	Visualización del objetivo deseado; afirmaciones positivas sobre ello.	Incremento de la concentración y de la autoconfianza; pensamiento positivo



FICHA DE REGISTRO DE PENSAMIENTOS

1. Situación	2. Pensamientos inmediatos	3. Emociones y estado de ánimo	4. Evidencia que apoya ese pensamiento	5. Evidencia que contradice ese pensamiento	6. Pensamiento alternativo	7. Registra tu estado anímico ahora
¿Qué sucedió en realidad? ¿Dónde? ¿Cómo? ¿Cuándo? (Día y hora)	¿Qué pensamientos surgieron en tu mente? ¿Qué tanto crees en ellos? (1-100)	¿Qué emociones experimentaste en ese momento? ¿Qué tan intensas fueron? (1-100)	¿Qué ha sucedido que ha hecho que creas que ese pensamiento es verdad?	¿Qué ha sucedido que pueda probar que ese pensamiento no es verdad?	¿De qué otro modo podrías pensar acerca de esta situación?	Califica en una escala de 1-100 (de peor a mejor)

PREGUNTAS ÚTILES



FICHA DE PREGUNTAS ÚTILES

Preguntas sobre situaciones	Preguntas sobre emociones	Preguntas sobre pensamientos
<p>¿Qué sucedió? ¿Qué estabas haciendo?</p> <p>¿Quién estaba ahí?</p> <p>¿Con quién estabas hablando?</p> <p>¿Cuándo sucedió esto?</p> <p>¿Qué hora era?</p> <p>¿Dónde ocurrió este incidente?</p>	<p>¿Cómo te sentías antes de que esto ocurriera?</p> <p>¿Cómo te sentiste mientras esto ocurría?</p> <p>¿De qué humor te puso esta situación?</p> <p>¿Puedes describir tu humor en una escala del 1-100?</p>	<p>¿Qué pasaba por tu mente antes de sentirte de esta manera?</p> <p>¿Qué te hizo sentir así?</p> <p>¿Algún otro pensamiento?</p> <p>¿Cuál de esos pensamientos te incomodó más?</p> <p>¿Qué imágenes vinieron a tu mente con ese pensamiento?</p> <p>¿Qué temías que sucediera?</p> <p>¿Qué pasaría si eso fuera cierto? ¿Qué dice sobre ti?</p> <p>¿Qué pasaría si eso fuera cierto?</p> <p>¿De qué otra manera podríamos pensar sobre lo ocurrido?</p>

EVALUACIÓN FUNCIONAL ABC'S



FICHA DE EVALUACIÓN FUNCIONAL ABC'S

Antecedentes	Conductas	Consecuencias a corto plazo	Consecuencias a largo plazo
¿Qué sucedió antes?	¿Qué hiciste?	¿Cuál fue el resultado inmediato? ¿Cuál fue el resultado horas después?	¿Cuáles fueron los resultados finales?

GUÍA DEL TIEMPO DE AUTOGESTIÓN

1. Comprobación del estado de ánimo



a. Enumere cinco emociones que esté sintiendo en este momento y califique su intensidad de 0 a 100%



b. Enumere tres emociones que haya sentido la semana pasada y califique su intensidad de 0 a 100%

2. Revise la semana anterior



a. ¿Utilicé alguna herramienta que aprendí en terapia esta semana? Si no lo hice, ¿qué problema tuve esta semana que podría haber sido ayudado mediante el uso de estas habilidades?

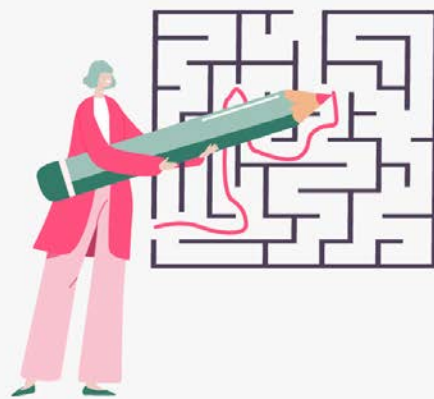


b. ¿Qué cosas buenas pasaron esta semana? ¿Cómo hice que sucedieran esas cosas buenas?

3. Situaciones problemáticas actuales y futuras



a. ¿Cuáles son mis problemas actuales? ¿Cómo puedo pensar en estos problemas de una manera diferente? ¿Qué puedo hacer para cambiar los sentimientos asociados con estos problemas?



b. ¿Qué problemas pueden ocurrir antes de mi próximo tiempo de autogestión? ¿Qué habilidades puedo usar para enfrentar estos problemas?

REDES SOCIALES



LISTA DE VERIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

EXCURSIONES/SALIDAS	✓	ACTIVIDADES SOCIALES E INTERACTUAR CON OTROS	✓
1. Ir a la playa o al parque		1. Salir con amigos	
2. Salir a cenar fuera		2. Saludar a los vecinos	
3. Ir a la librería o a la biblioteca		3. Visitar a los familiares	
4. Ir al cine		4. Salir a cenar con colegas o personas del trabajo	
5. Ir de compras		5. Asistir a eventos comunitarios	
6. Ir a nadar		6. Tener reuniones de juegos de mesa e invitar a otros	
SALUD Y BIENESTAR	✓	ACTIVIDAD FÍSICA	✓
1. Maquillarse o perfumarse		1. Salir a caminar	
2. Comer de forma saludable		2. Limpiar la casa	
3. Practicar meditación, yoga u otra técnica de relajación		3. Nadar o practicar algún otro ejercicio	
4. Mejorar el estado de salud		4. Hacer labores de jardinería	
ESPIRITUALIDAD, RELIGIOSIDAD Y ACTOS BONDADOSOS	✓	ACTIVIDADES RECREATIVAS Y DE DESCANSO	✓
1. Ir al templo o la iglesia		1. Tejer, coser o bordar	
2. Ir a misa o a alguna celebración familiar religiosa		2. Llevar un diario o armar un álbum de fotos	
3. Leer la biblia		3. Tener una mascota y dedicarle tiempo	
4. Ir a grupos de estudio de la biblia		4. Dibujar o hacer manualidades	
5. Hacer trabajo de voluntariado		5. Cantar o escuchar música	
6. Involucrarse en alguna labor caritativa		6. Leer el periódico o una revista	
		7. Ver televisión o escuchar el radio	
		8. Resolver crucigramas o acertijos	

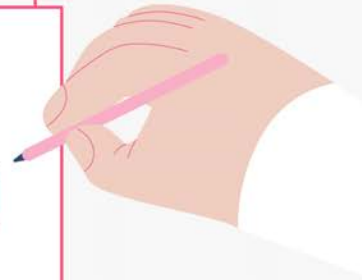
FIN DE LA SESIÓN 7 Y 8

Tareas:

- Utilizar técnicas de reforzamiento
- Intentar aplicar técnicas en redes sociales
- Dudas y comentarios



SESIÓN 9



CIERRE DE LA INTERVENCIÓN

TÉCNICAS ÚTILES

Evaluación de cada una de las técnicas utilizadas y sus resultados.



¿Cuáles fueron las técnicas que tú consideras que te sirvieron más?



DISTORSIONES COGNITIVAS

1. Pensamiento de todo o nada	Ver situaciones en un extremo u otro en lugar de en uno continuo. Ej. "Si mi hijo hace cosas malas, es porque soy un mal padre".
2. Catastrofizar	Predecir sólo resultados negativos para el futuro. Ej. "Si no apruebo mi exámen final, mi vida terminará".
3. Descalificar o descontar lo positivo	Decirte que las cosas buenas que te suceden no cuentan. Ej. "Mi hija le dijo a su amiga que yo era el mejor papá del mundo, pero estoy seguro de que sólo estaba siendo amable".
4. Razonamiento emocional	Sentir que algo anula los hechos, al contrario. Ej. "Aunque ellos estén aquí en el trabajo hasta tarde todos los días, sé que trabajo más duro que cualquier otra persona en mi trabajo".
5. Etiquetado	Dar a alguien o algo una etiqueta sin saber más al respecto. Ej. "Mi hija nunca haría nada que desaprobara".
6. Aumento/Minimización	Enfatizar lo negativo o minimizar lo positivo de una situación. Ej. "Mi profesor dijo que hizo algunas correcciones en mi trabajo, así que sé que probablemente reprobaré la clase".
7. Filtro mental/visión de tunel	Poner toda su atención en lo negativo de una situación o ver sólo lo negativo de esta. Ej. "Mi esposo dice que deseaba que yo fuera mejor en la limpieza, así que debo ser una esposa pésima". Ej. "El novio de mi hija fue suspendido de la escuela. Es un perdedor y nunca equivaldrá a nada".
8. Lectura de la mente	Creer que sabes lo que piensan los demás. Ej. "Mi casa estaba sucia cuando vinieron mis amigos, así que sé que piensan que soy un vago".
9. Sobregeneralización	Llegar a una conclusión negativa general más allá de la situación actual. Ej. "Mi esposo no me besó cuando llegó a casa esta noche, tal vez ya no me ama".
10. Personalización	Pensar que el comportamiento negativo de los demás tiene algo que ver contigo. Ej. "Mi hija ha estado bastante callada hoy. Me pregunto qué hice para molestarla".
11. Declaraciones de "debería" y "debe"	Tener una idea concreta de cómo deben comportarse las personas. Ej. "Debería obtener todas las A para ser un buen estudiante".

FIN DE LA SESIÓN 9

- **Expectativas y objetivos conforme a las sesiones**
- **Dudas y comentarios**





CIERRE Y PREVENCIÓN DE RECAÍDAS



PREGUNTAS PARA LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

1. Cuando sienta (*síntoma*) utilizaré (*técnica aprendida en terapia*).
2. Si (*factor estresante*) utilizaré (*técnica aprendida en terapia*).

Ejemplo

Cuando *lleve un par de días sintiéndome triste*, *iré a caminar y llamaré a algún amigo para ir a comer*.

Cuando *me haya sentido deprimido por todo un mes*, *agendaré una cita con mi terapeuta/doctor/psiquiatra*.

Si *mi pareja terminara conmigo*, *realizaré un registro de pensamientos para evaluar cualquier pensamiento disfuncional*.

REPASO Y PLAN DE ACCIÓN PARA EL FUTURO

ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS Y PLAN DE ACCIÓN

Repaso y plan de acción para el futuro

- Repasa la información y las estrategias implementadas durante la sesión 6.
- Revisa el progreso obtenido en la sesión 6 con sus objetivos.
- Reflexiona en el progreso alcanzado en las sesiones anteriores identificando nuevas técnicas aprendidas y exitosamente aplicadas a cada tarea realizada entre sesiones.
- Usa las bases de las estrategias vistas para permitirte seguir avanzando.
- Desarrolla un plan específico para seguir cuando una situación muy estresante ocurra.

La prevención de recaídas incluye:

- Revisión del progreso.
- Autoevaluación de nuevas habilidades.
- Crear planes de acción para utilizar nuevas técnicas.
- Prepararse para un tropiezo o un contratiempo.



FIN DE LA TERAPIA

- Dudas y comentarios



Anexo 8. Cronograma de actividades

a. Cronograma del protocolo:

		Sept 2019	Oct 2019	Nov 2019	Dic 2019	Ene 2020	Feb 2020	Mar 2020	Abr 2020	May 2020	Jun 2020	Jul 2020	Ago 2020	Sept 2020	Oct 2020
Elaboración de protocolo	P														
	R														
Registro del proyecto	P														
	R														
Recolección de datos, intervención	P											*			
	R														
Captura de datos y seguimiento	P														
	R														
Análisis estadístico	P														
	R														
Presentación de resultados	P														
	R														
Difusión de resultados	P														
	R														

P: programación.

R: realizado

* Se realizarán los pasos siguientes hasta recibir autorización de los comités de investigación y ética correspondientes.