

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MEXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

INFORME DE ACTIVIDADES PROFESIONALES

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRIA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

CARLOS BECERRA REBELO

DIRECTOR DEL REPORTE: DRA SANDRA A. ANGUIANO SERRANO  
COMITÉ TUTORIAL: MTRO LEONARDO REYNOSO ERAZO  
DR ARIEL VITE SIERRA  
DR JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA  
MTRA BERTHA MOLINA ZEPEDA  
DR SAMUEL JURADO CÁRDENAS  
MTRO ARTURO MARTÍNEZ LARA



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.

## INDICE

Capitulo I Estrés y salud.....	4
1.1 Fisiología del estrés.....	6
Capitulo II Factores psicológicos relacionados a la insuficiencia renal.....	10
2.1 Insuficiencia renal crónica.....	10
2.2 Causas de la insuficiencia renal crónica.....	11
2.3 Terapia cognitivo conductual aplicada a pacientes con insuficiencia renal crónica.....	13
Protocolo de investigación	
3.1 Metodología.....	15
3.2 Resultados.....	20
3.3 Conclusiones.....	32
Informe de actividades profesionales	
4.1 Descripción de la sede.....	35
4.2 Actividades realizadas durante la rotación.....	42
4.3 Protocolo de investigación en pediatría.....	43
4.4 Caso 1.....	54
4.5 Caso 2.....	63
4.6 Conclusiones.....	74
4.7 Bibliografía.....	77

## INTRODUCCIÓN

A través de la historia, el mantenimiento de la salud ha sido una constante preocupación para el hombre, atribuyendo en un principio, las causas de la enfermedad a fuerzas oscuras que poseían a las personas, que requerían de remedios de naturaleza mágica para eliminarla. Fue hasta la época de la Grecia antigua que se le atribuyó a la enfermedad una causalidad natural, como un desequilibrio de humores corporales con necesidad de equilibrio para lograr la salud.

Los objetivos en la consecución de la salud están correlacionados con los avances en la tecnología, de manera que el estudio de la matemática, química, física y por supuesto la medicina aumentaron la capacidad de comprensión de los factores que favorecen la salud.

La salud ha sido un concepto definido desde diversas visiones en distintas disciplinas, la referencia hasta la actualidad, es la planteada por la OMS en 1974: *“la salud es el completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades”* (OMS 1983); la cual funciona como un impulso a la inclusión del psicólogo en los equipos multidisciplinarios encargados del tratamiento de la enfermedad.

Hoy en día, el modelo biomédico ha sufrido modificaciones estructurales dados los cambios coyunturales en los que se ve envuelto, básicamente debidos a el cambio de prevalencia de enfermedades infecciosas a crónicas, al coste elevado de los cuidados en salud y a un mayor énfasis en la calidad de vida (Bishop 1994).

La innegable atribución de la salud a los estilos vida, es cada vez más significativa, de manera que en la conducta, recaen las responsabilidades de tasas de morbilidad y mortandad de enfermedades crónicas como el cáncer, diabetes, insuficiencia renal crónica, etc., y psicológicas, como la depresión o el estrés.

Fue así que finales de los setentas, la Psicología de la Salud toma la iniciativa de para aportar sus herramientas y teorías a la procuración del bienestar integral; centrándose en el desarrollo de técnicas relevantes en la prevención de la salud mental dentro de la enfermedad física (Oblitas y Becoña, 2000).

Bakal (1996) considera a la medicina conductual como un apartado de la psicología de la salud. Con la fundación de centros y formación de especialistas en el área, se define y separa a la medicina conductual de la psicología de la salud, dirigiendo a la primera hacia la rehabilitación y tratamiento de la enfermedad mental en el paciente crónico degenerativo.

El desarrollo de la medicina conductual ha obedecido al cambio en los patrones de morbilidad y mortandad de enfermedades contagiosas a enfermedades funcionales relacionadas con el estilo de vida, agregando un enfoque de aplicación clínica de la que carecía la medicina psicosomática (Labrador, Muñoz y Cruzado, 1990).

De estos antecedentes, se concluye la importancia de la intervención preventiva para favorecer la generación de inmunógenos conductuales, o en su defecto, tratamientos centrados en promover el aprendizaje de estilos de afrontamiento constructivos para adaptarse al tratamiento de la enfermedad, reconstruyendo la manera en la que se perciben los eventos para favorecer la presencia de emociones funcionales.

Hacia el futuro, está la oportunidad de continuar con el desarrollo de tratamientos en todos los niveles de atención, que sean capaces de brindar alternativas a la vida de los millones de personas cuya vida se ve afectada, de manera directa o indirecta, por el diagnóstico y presencia de una enfermedad.

## **CAPITULO I**

### **ESTRÉS Y SALUD**

El concepto de estrés fue utilizado en el siglo XIV para expresar dureza, tensión, adversidad o aflicción. A finales del siglo XVIII Hocke utilizó la palabra en el contexto de la física. El concepto permaneció en la medicina del siglo XIX concebido como antecedente a la pérdida de la salud. Canon en 1932 consideró al estrés como una perturbación de la homeostasis ante situaciones de frío, falta de oxígeno, descenso de la glucemia, etc.; este autor postulaba que el grado de estrés podía llegar a medirse (Lazarus y Folkman, 1991).

Hans Selye publicó hace más de cuarenta años un libro titulado: *Stress* en el cual, además de exponer su teoría sobre éste concepto, reflejó los efectos fisiológicos y patológicos inducidos por el mismo (Buendía, 1993).

Cuando el organismo se activa ante una respuesta al estrés se presentan cambios dentro de los que destacan una rápida movilización de la energía que permanece almacenada de modo que la glucosa, las proteínas más simples y las grasas salen de las células y se dirigen a la musculatura; un incremento de la frecuencia cardiaca y respiratoria y la presión arterial, lo que facilita el transporte del oxígeno a las células; una paralización de la digestión; una disminución del impulso sexual; una inhibición de la actividad del sistema inmunitario; se produce además, si la situación estresante dura lo suficiente, una reacción analgésica al dolor, además de ciertos cambios característicos de las capacidades sensoriales de manera que se activa y mejora el funcionamiento de la memoria y los sentidos se agudizan.

Este proceso fue llamado por Selye: *Síndrome General de Adaptación*, que describe el curso del organismo en tres fases, cuando se enfrenta a una situación estresante. En un primer momento, se produce una reacción de alarma, que aglutina toda la serie de modificaciones psicofisiológicas y comportamentales antes reseñadas con el fin de satisfacer la demanda del medio. Si la situación continúa, el organismo se adapta, o fase de resistencia, manteniendo la sobreactivación necesaria para ello, y, finalmente, en la fase de agotamiento, desaparece la adaptación de la fase de resistencia ya que ésta no

puede mantenerse indefinidamente. Es en este momento en el cual aparecen diversas alteraciones psicosomáticas de tipo cardiovascular, gastrointestinal, etc.; el estrés no causa la enfermedad, sino que llega a debilitar lo suficiente al organismo para que éste caiga presa de la misma (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

Wolff (en Lazarus y Folkman, 1991) escribió sobre el estrés y la enfermedad en 1940 y 1950, considerando al estrés como una reacción del organismo, aunque nunca trató de definirlo sistemáticamente. Bernard aplica el concepto de estrés en la biología refiriéndose a este como un proceso activo de resistencia (en Lazarus y Folkman, 1991).

En el ámbito psicológico, el estrés fue apareado con el término de ansiedad como conceptos equivalentes sobre todo en las teorizaciones de Freud (1944), Hull (1943), Spence (1956) y Dollard y Miller (1950) (en Lazarus y Folkman, 1991). Bajo dicha perspectiva ambos conceptos pueden tratarse como similares dentro del ámbito clínico al compartir sintomatología fisiológica, conductual, emotiva y cognitiva; contemplándose en paralelo para el estudio de los factores relacionados con los dos constructos, planteamiento expuesto a la crítica constructiva que encuentre desde argumentos claros y cuantificables la diferencia entre dichos términos.

Janis (1958) (en Lazarus y Folkman, 1991) popularizó el término estrés con la publicación de un estudio intensivo de un paciente bajo tratamiento psicoanalítico sometido a la amenaza de intervención quirúrgica.

Posterior a estos eventos, cinco hechos son los que han marcado el interés por el concepto de estrés, su investigación y evaluación: la preocupación por las diferencias individuales, el resurgimiento del interés en materia psicosomática, el desarrollo de la terapia conductual dirigida al tratamiento de la enfermedad y de estilos de vida con elevado riesgo para la salud, el crecimiento de una perspectiva experimental del curso de la vida y una preocupación cada vez mayor por el contexto que encierra las problemáticas del comportamiento humano.

Loo y Loo (1986) (en Roa, 1995) distinguen entre el estrés ocasionado por problemas de salud, el estrés debido a dificultades en la vida socio – profesional y el estrés producido por el medio ambiente; en teoría pueden existir tantos factores como situaciones que exigen un proceso de adaptación.

Everly (1989) distingue entre estresores psicosociales, ya sean sucesos reales o imaginarios, y estresores biogénicos, que por virtud de sus propiedades inician la respuesta de estrés sin el requisito de procesamiento cognitivo – afectivo, entre estos estímulos se encuentran los efectos de varias sustancias tales como anfetaminas, nicotina, tebromina, etc. y ciertos factores físicos tales como el calor o frío muy intensos.

La respuesta al estrés no es perjudicial en sí misma, sino que facilita el disponer de más recursos para hacer frente a las situaciones que se suponen excepcionales. Dicha activación del organismo provoca respuestas emocionales de ansiedad o miedo (Uriarte 1994).

Entonces, se puede definir el estrés como *una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar (Lazarus y Folkman, 1991 pag. 43).*

### **Fisiología del estrés**

Las rutas psicofisiológicas del estrés son, el sistema neuroendocrino, en cuya base se encuentra el Sistema Nervioso Autónomo, el cual se divide en dos ramas: el sistema nervioso simpático, que activa el organismo ante las situaciones de estrés (dilatación pupilar, secreción glandular, aumento de frecuencia cardiaca, etc.) y el sistema nervioso parasimpático, que lo inhibe (relajación de vejiga, dilatación pulmonar, disminución de frecuencia cardiaca, etc.). La otra vía es el sistema endocrino, encargado de la tarea de secreción hormonal; es un medio más lento y de efectos más duraderos que el anterior y que requiere, además, una exposición más prolongada del sujeto a la situación de sobredemanda. Su activación involucra aumento de presión arterial, aporte



sanguíneo al cerebro, estimulación de los músculos esqueléticos, etc. (Everly 1989).

En ciertas circunstancias, el nivel de determinadas hormonas puede reducirse por el estrés; como las hormonas asociadas al sistema sexual (hormona folículo estimulante, hormona luteinizante, testosterona, estrógenos, etc.) que suelen decrementar con el estrés (Monroy y Morales 1990). No todas las hormonas o sistemas neuro – endocrinos adoptan los mismos patrones de respuesta temporal al estrés, mientras que la hipersecreción de adrenalina tiende a normalizarse con rapidez, la hipersecreción de hormonas tiroideas suele permanecer durante largos períodos después de la acción del estresor; representando un factor que posee gran relevancia respecto a la salud / enfermedad (Ostrosky 2000).

La investigación sobre el estrés ha venido corroborando cuatro aspectos:

- Prácticamente todos los tipos de hormonas suelen estar comprometidos en al respuesta del organismo al estrés, siendo ésta respuesta hormonal totalitaria.
- Desde el punto de vista psicobiológico, la respuesta al estrés es siempre una respuesta neuro – endócrina.
- Los estímulos psicológicos (emocionales) constituyen los elementos elicítadores más potentes de la respuesta neuro – endócrina al estrés.
- Los denominados neuropéptidos son altamente sensibles a los estímulos estresores (Buendía, 1993).

Además de las respuestas emocionales, otros aspectos como los procesos cognitivos (valoración, locus de control, factores atribucionales, etc.), han representado un papel trascendente en los últimos años, en el interés renovado de los factores emocionales en la enfermedad física. Actualmente se sabe que las tres principales manifestaciones de emoción negativa, ansiedad, depresión y hostilidad / ira, parecen intervenir en las relaciones de estrés, e influir significativamente en el estado de salud / enfermedad.

A través de la historia, las disciplinas de la salud han constatado como la sintomatología de diversas enfermedades se agudiza ante la presencia de niveles de estrés intensos. En los últimos diez años, se ha puesto especial interés en el mantenimiento de la salud y manejo del estrés en las enfermedades crónicas, dado que son padecimientos cuyas consecuencias y tratamientos conllevan a un cambio sustancial en el estilo de vida, comprometiendo las habilidades afectivas, conductuales, sociales y de pensamiento que demanda el afrontamiento de la enfermedad (Oblitas 2000).

En la búsqueda de tratamientos que ayuden a manejar las causas orgánicas para reducir el impacto de la enfermedad, los avances médicos han permitido aumentar las expectativas de vida de los pacientes. Uno de las poblaciones donde dichos alcances se reflejan de manera más trascendente son los sujetos diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica (IRC), donde los tratamientos sustitutivos garantizan la supervivencia de los enfermos, por lo que han dirigido la atención a la procuración de estilos de vida libres de emociones disfuncionales que permitan su bienestar integral.

Gacoletto y Bualdón (2003) exponen los principales aspectos psicológicos observados en pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica bajo tratamiento sustitutivo, encontrando emociones predominantes al miedo y ansiedad, ante los cambios de vida repentinos y la falta de información; involucrando también eventos como la inactividad laboral, disfunción sexual y problemas relativos al trasplante renal.

Christensen, Smith, Turner, Holman, Gregory y Rich (1992) plantean como el apoyo social que recibe el enfermo renal no se relaciona con la adherencia terapéutica, pero si disminuye los niveles de estrés presentados por el diagnóstico y el tratamiento.

En otro estudio, García, Fajardo, Guevara, Pérez y Hurtado (2002), determinaron que los síntomas de ansiedad y depresión son los de mayor incidencia en la psicopatología del paciente renal, afectando de manera significativa el seguimiento del tratamiento médico.

Ruíz, Ruíz, Quintero y Jurado (2003) realizaron un estudio donde se muestra como el paciente nefropata presenta síntomas de ansiedad provenientes de baja autoeficacia y pensamiento catastrófico, generando dificultades de adaptación al tratamiento y ambiente familiar.

Magaz y García (1994), explican como los pacientes con diagnóstico de IRC presentan altos niveles de estrés relacionados a factores como la economía y el cambio de rol familiar.

Como lo muestran las investigaciones, los niveles de estrés en la población con daño renal crónico son innegables como características psicológicas disfuncionales, con consecuencias cognitivas, emotivas y fisiológicas que se reflejan en las áreas familiar, pareja, salud, social y economía; haciendo evidente la necesidad de tratamientos que contemplen la intervención psicológica como parte fundamental en el logro y mantenimiento de la salud; en el siguiente capítulo se revisarán de manera mas detallada los conceptos relacionados con el tema.

## **CAPITULO II**

### **FACTORES PSICOLÓGICOS RELACIONADOS A LA INSUFICIENCIA RENAL**

Se entiende por insuficiencia renal a la pérdida de la función de los dos riñones. Habitualmente, esta pérdida se produce a la vez en ambos y es importante destacar que un sólo riñón sin problemas es suficiente para mantener una función completamente normal. La insuficiencia renal puede ser aguda cuando aparece de forma brusca y normalmente tiende a recuperarse, y crónica cuando el fallo de función de los riñones se produce de forma lenta y progresiva, sin posibilidades de recuperación. (Baxter 1995).

#### **Insuficiencia renal crónica (I.R.C.)**

Es el síndrome en el cual terminan numerosas afecciones renales, se reduce el número de nefronas funcionales a un mínimo incompatible con la normalidad del medio interno. (Baxter 1995)

La IRC es un proceso continuo que comienza cuando algunas nefronas pierden su función y finaliza cuando las nefronas restantes son incapaces de mantener la vida del paciente, siendo necesario el inicio de tratamiento sustitutivo (diálisis o trasplante). Al estadio avanzado de la IRC se le conoce como uremia.

La capacidad secretora renal mínima es mantenida hasta con el 10 % de los tejidos remanentes del riñón. Llegado este punto las funciones excretora y reguladora está muy disminuidas, por lo tanto los productos de desecho metabólico no son eliminados adecuadamente, se acumulan en los tejidos y en la sangre y se desarrolla así la uremia: punto final de la enfermedad renal progresiva crónica, con lo que se debe de aplicar un proceso de diálisis o el trasplante renal.

Desde un punto de vista fisiopatológico, se puede decir que en IRC hay una pérdida progresiva e irreversible de la elasticidad y velocidad que tiene el riñón para regular el medio interno. Dicho de otra forma, a medida que progresa la IRC se va produciendo un daño por la pérdida de elasticidad y velocidad con el

que el riñón regula el medio interno, hasta que ésta es tan estrecha que no es compatible con la vida (Joan y Fortuna 1994).

### **Causas de la Insuficiencia Renal Crónica (IRC)**

La incidencia y prevalencia de las causas de IRC varían de unas regiones a otras. En los últimos años se ha notado un incremento de la nefropatía diabética y las causas vasculares (hipertensión arterial y arteriosclerosis) que en algunos países superan el 50% de las causas de IRC. En tercer lugar se encuentran las glomerulonefritis, que son procesos inflamatorios del glomérulo. Otras causas como las nefropatías intersticiales son producidas por infecciones renales de repetición, abuso de algunos fármacos, y otros motivos. Las enfermedades quísticas son hereditarias y en ellas los riñones presentan degeneraciones quísticas que acaban impidiendo su función. En todas estas enfermedades se afectan ambos riñones. La pérdida de un riñón por traumatismo u otra causa no produce IRC (Díaz de León 1990).

Hay causas de IRC prevenibles, como son: la repercusión renal de la Hipertensión Arterial (nefroesclerosis), las nefropatías intersticiales crónicas por drogas (analgésicos), la uropatía obstructiva y nefropatía por reflujo vésicoureteral. Otras enfermedades que producen IRC pueden ser manipuladas médicamente de tal manera de retardar e incluso evitar la aparición de IRC, como ocurre con las nefropatías diabética y lúpica, las vasculitis y algunas glomerulopatías primitivas (National Kidney Foundation 2003).

En México, la incidencia de IRC es de cuatro a cinco millones de casos nuevos al año, de los cuales, 35 mil casos corresponden a una nefropatía diabética, siendo sujetos de 60 años o más los que representan el 55 % de la población diagnosticada, reduciendo su expectativa de vida a la mitad en comparación de población no diabética. Se estima que un 95 % de los enfermos con IRC en fase terminal se atienden en alguna modalidad de diálisis peritoneal (Ciro, Medina, Alvarado y Cortés, 2003).

Muñoz (2004) plantea los aspectos básicos a trabajar en el tratamiento psicológico con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente renal; enumerando la psicoeducación, el apoyo social, terapia de grupo, capacitación al personal médico en el trato con el enfermo y la identificación y cambio de creencias distorsionadas relacionadas a la IRC.

En otra investigación, Montenegro y Olivares (1999) resaltan la intervención basada en corregir la información que tiene el paciente sobre su padecimiento para evitar que distorsiones en ésta afecten la salud mental del paciente, haciendo especial referencia a la necesidad de tratamientos breves y específicos, centrados en resolver problemas prácticos del paciente.

Christensen y Ehlers (2002) realizan un estudio en el que proponen que la modificación en los patrones de afrontamiento provocan un cambio en el estado emocional del paciente al optimizar sus recursos, favoreciendo mejorías en la adherencia terapéutica y reducción de ansiedad y depresión. La modificación de dichos patrones no solo conllevan el cambio conductual, sino en el contenido de pensamiento.

Ciro, Medina, Alvarado y Cortés (2003) enfatizan la necesidad de intervención psicológica en pacientes adultos mayores con nefropatía, dada la incidencia de trastornos emocionales como la ansiedad y depresión que generan recaída y constantes ingresos hospitalarios.

El paciente con diagnóstico de IRC requiere de apoyo psicológico que le permita alcanzar un nivel de calidad de vida satisfactorio, optimizando sus recursos cognitivos para generar emociones funcionales que acompañen al bienestar clínico del sujeto. (Padierna 1999). Para ello, la terapia cognitivo conductual es un enfoque que plantea la posibilidad de poner al alcance dichas metas en el paciente nefrópata.

## **Terapia cognitivo conductual aplicada a pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.**

La terapia cognitivo – conductual es un concepto que engloba a las terapias que se conforman de técnicas conductuales (incrementar o disminuir conductas y emociones a través de la modificación del comportamiento), e intervenciones cognitivas (modificar las conductas y emociones desadaptativas corrigiendo las distorsiones de pensamiento). Se basa en el supuesto de que el problema actual es generado por un proceso de aprendizaje previo, por lo que el objetivo de la terapia es reducir la conducta y emociones no deseables, reestructurando las experiencias vividas para generar respuestas mas adaptativas (Beck, 2000).

Los terapeutas que manejan este enfoque se basan en que el cambio de los síntomas se dará una vez que se modifica el contenido cognitivo, a través de práctica de nuevas conductas, reestructuración de patrones de pensamiento y la experiencia de las ganancias obtenidas por los cambios de pensamiento (Caballo 1995).

Las estructuras y el contenido cognitivo son denominados esquemas. Por otra parte, las deficiencias cognitivas (en el proceso de información) y las distorsiones cognitivas (percepción errónea del ambiente) sirven para explicar el funcionamiento disfuncional del sujeto (Beck, 2000).

El filtro perceptual de la visión de uno mismo, los demás y el mundo está construido a partir de tales esquemas. Cumplen la función de ajustar la información percibida a lo ya conocido y enfocar la búsqueda de nueva información de acuerdo a lo antes aprendido, entonces, cuando los nuevos datos no cumplen con el esquema estructurado distorsionan dichos datos o se modifica el esquema (siendo más frecuente la primera alternativa); por lo que conforman la única línea entre los estímulos actuales y al historia psicosocial de la persona (Lega, Caballo y Ellis 1999).

Por lo anterior, se propone realizar una intervención en el paciente diagnosticado con IRC, con el objetivo de reducir el estrés provocado por el afrontamiento de la nefropatía, a través de un proceso de reestructuración cognitiva; favoreciendo la salud mental y física del paciente.



## **CAPITULO II**

### **FACTORES PSICOLÓGICOS RELACIONADOS A LA INSUFICIENCIA RENAL**

Se entiende por insuficiencia renal a la pérdida de la función de los dos riñones. Habitualmente, esta pérdida se produce a la vez en ambos y es importante destacar que un sólo riñón sin problemas es suficiente para mantener una función completamente normal. La insuficiencia renal puede ser aguda cuando aparece de forma brusca y normalmente tiende a recuperarse, y crónica cuando el fallo de función de los riñones se produce de forma lenta y progresiva, sin posibilidades de recuperación. (Baxter 1995).

#### **Insuficiencia renal crónica (I.R.C.)**

Es el síndrome en el cual terminan numerosas afecciones renales, se reduce el número de nefronas funcionales a un mínimo incompatible con la normalidad del medio interno. (Baxter 1995)

La IRC es un proceso continuo que comienza cuando algunas nefronas pierden su función y finaliza cuando las nefronas restantes son incapaces de mantener la vida del paciente, siendo necesario el inicio de tratamiento sustitutivo (diálisis o trasplante). Al estadio avanzado de la IRC se le conoce como uremia.

La capacidad secretora renal mínima es mantenida hasta con el 10 % de los tejidos remanentes del riñón. Llegado este punto las funciones excretora y reguladora está muy disminuidas, por lo tanto los productos de desecho metabólico no son eliminados adecuadamente, se acumulan en los tejidos y en la sangre y se desarrolla así la uremia: punto final de la enfermedad renal progresiva crónica, con lo que se debe de aplicar un proceso de diálisis o el trasplante renal.

Desde un punto de vista fisiopatológico, se puede decir que en IRC hay una pérdida progresiva e irreversible de la elasticidad y velocidad que tiene el riñón para regular el medio interno. Dicho de otra forma, a medida que progresa la IRC se va produciendo un daño por la pérdida de elasticidad y velocidad con el

que el riñón regula el medio interno, hasta que ésta es tan estrecha que no es compatible con la vida (Joan y Fortuna 1994).

### **Causas de la Insuficiencia Renal Crónica (IRC)**

La incidencia y prevalencia de las causas de IRC varían de unas regiones a otras. En los últimos años se ha notado un incremento de la nefropatía diabética y las causas vasculares (hipertensión arterial y arteriosclerosis) que en algunos países superan el 50% de las causas de IRC. En tercer lugar se encuentran las glomerulonefritis, que son procesos inflamatorios del glomérulo. Otras causas como las nefropatías intersticiales son producidas por infecciones renales de repetición, abuso de algunos fármacos, y otros motivos. Las enfermedades quísticas son hereditarias y en ellas los riñones presentan degeneraciones quísticas que acaban impidiendo su función. En todas estas enfermedades se afectan ambos riñones. La pérdida de un riñón por traumatismo u otra causa no produce IRC (Díaz de León 1990).

Hay causas de IRC prevenibles, como son: la repercusión renal de la Hipertensión Arterial (nefroesclerosis), las nefropatías intersticiales crónicas por drogas (analgésicos), la uropatía obstructiva y nefropatía por reflujo vésicoureteral. Otras enfermedades que producen IRC pueden ser manipuladas médicamente de tal manera de retardar e incluso evitar la aparición de IRC, como ocurre con las nefropatías diabética y lúpica, las vasculitis y algunas glomerulopatías primitivas (National Kidney Foundation 2003).

En México, la incidencia de IRC es de cuatro a cinco millones de casos nuevos al año, de los cuales, 35 mil casos corresponden a una nefropatía diabética, siendo sujetos de 60 años o más los que representan el 55 % de la población diagnosticada, reduciendo su expectativa de vida a la mitad en comparación de población no diabética. Se estima que un 95 % de los enfermos con IRC en fase terminal se atienden en alguna modalidad de diálisis peritoneal (Ciro, Medina, Alvarado y Cortés, 2003).

Muñoz (2004) plantea los aspectos básicos a trabajar en el tratamiento psicológico con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente renal; enumerando la psicoeducación, el apoyo social, terapia de grupo, capacitación al personal médico en el trato con el enfermo y la identificación y cambio de creencias distorsionadas relacionadas a la IRC.

En otra investigación, Montenegro y Olivares (1999) resaltan la intervención basada en corregir la información que tiene el paciente sobre su padecimiento para evitar que distorsiones en ésta afecten la salud mental del paciente, haciendo especial referencia a la necesidad de tratamientos breves y específicos, centrados en resolver problemas prácticos del paciente.

Christensen y Ehlers (2002) realizan un estudio en el que proponen que la modificación en los patrones de afrontamiento provocan un cambio en el estado emocional del paciente al optimizar sus recursos, favoreciendo mejoras en la adherencia terapéutica y reducción de ansiedad y depresión. La modificación de dichos patrones no solo conllevan el cambio conductual, sino en el contenido de pensamiento.

Ciro, Medina, Alvarado y Cortés (2003) enfatizan la necesidad de intervención psicológica en pacientes adultos mayores con nefropatía, dada la incidencia de trastornos emocionales como la ansiedad y depresión que generan recaída y constantes ingresos hospitalarios.

El paciente con diagnóstico de IRC requiere de apoyo psicológico que le permita alcanzar un nivel de calidad de vida satisfactorio, optimizando sus recursos cognitivos para generar emociones funcionales que acompañen al bienestar clínico del sujeto. (Padierna 1999). Para ello, la terapia cognitivo conductual es un enfoque que plantea la posibilidad de poner al alcance dichas metas en el paciente nefrópata.

## **Terapia cognitivo conductual aplicada a pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.**

La terapia cognitivo – conductual es un concepto que engloba a las terapias que se conforman de técnicas conductuales (incrementar o disminuir conductas y emociones a través de la modificación del comportamiento), e intervenciones cognitivas (modificar las conductas y emociones desadaptativas corrigiendo las distorsiones de pensamiento). Se basa en el supuesto de que el problema actual es generado por un proceso de aprendizaje previo, por lo que el objetivo de la terapia es reducir la conducta y emociones no deseables, reestructurando las experiencias vividas para generar respuestas mas adaptativas (Beck, 2000).

Los terapeutas que manejan este enfoque se basan en que el cambio de los síntomas se dará una vez que se modifica el contenido cognitivo, a través de práctica de nuevas conductas, reestructuración de patrones de pensamiento y la experiencia de las ganancias obtenidas por los cambios de pensamiento (Caballo 1995).

Las estructuras y el contenido cognitivo son denominados esquemas. Por otra parte, las deficiencias cognitivas (en el proceso de información) y las distorsiones cognitivas (percepción errónea del ambiente) sirven para explicar el funcionamiento disfuncional del sujeto (Beck, 2000).

El filtro perceptual de la visión de uno mismo, los demás y el mundo está construido a partir de tales esquemas. Cumplen la función de ajustar la información percibida a lo ya conocido y enfocar la búsqueda de nueva información de acuerdo a lo antes aprendido, entonces, cuando los nuevos datos no cumplen con el esquema estructurado distorsionan dichos datos o se modifica el esquema (siendo más frecuente la primera alternativa); por lo que conforman la única línea entre los estímulos actuales y al historia psicosocial de la persona (Lega, Caballo y Ellis 1999).

Por lo anterior, se propone realizar una intervención en el paciente diagnosticado con IRC, con el objetivo de reducir el estrés provocado por el afrontamiento de la nefropatía, a través de un proceso de reestructuración cognitiva; favoreciendo la salud mental y física del paciente.

## **OBJETIVO GENERAL**

Al término de un programa de intervención para manejo del estrés, el paciente reducirá los niveles de ansiedad, disminuirá la sintomatología física relacionada a la misma, mejorará la percepción y afrontamiento de la enfermedad, favoreciendo el tratamiento sustitutivo para tratar la nefropatía, a través de la aplicación de un protocolo terapéutico conformado por técnicas cognitivo conductuales.

## **SUJETOS**

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de IRCT.
- Con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica Terminal, que se encuentren bajo tratamiento sustitutivo de diálisis o hemodiálisis.
- Sin ningún otro padecimiento crónico degenerativo.
- Sin diagnóstico de trastorno psiquiátrico.
- Que acepten participar en el protocolo de investigación.

## **ESCENARIO**

Servicio de Nefrología del Hospital Juárez de México.

## **INSTRUMENTOS**

- Lista checable de síntomas de ansiedad (Mkay 1985). Es un instrumento con 17 ítems citando síntomas físicos y emotivos de ansiedad, con valoración subjetiva del 1 al 10 (malestar ligero, malestar moderado a malestar extremo) (ver anexo I).
- Inventario de ansiedad de Beck (Beck, Epstein, Brown, Steer 1988). Es un inventario de 21 preguntas para valorar síntomas físicos, emotivos y cognitivos de ansiedad con calificación tipo likert que va de nada, ligeramente sin molestia significativa, moderadamente muy desagradable pero soportable a severamente casi insoportable (ver anexo II).
- Inventario de Ansiedad Rasgo Estado IDARE (Spielberger y Diaz Guerrero 1975). Es un instrumento de 40 reactivos que evalúa los niveles de ansiedad como estado (momento específico) o rasgo (característica persistente) en el sujeto, con escala tipo likert que va de casi nunca, algunas veces, frecuentemente a casi siempre (ver anexo III).
- Evaluación breve de estrés (Seligson y Reynoso, 1999). Es un cuestionario que evalúa el nivel de estrés con 10 preguntas que registran en escala tipo likert la sintomatología física relacionada. La escala se puntúa de uno a cinco, y va de nunca, raramente, algunas veces, frecuentemente y siempre (ver anexo IV).
- Desarrollo del problema (Seligson y Reynoso 1999). Instrumento de 14 preguntas para valorar el impacto de una enfermedad orgánica en el

área emotiva, cognitiva y conductual, con escala dicotómica (si – no) (ver anexo V).

- Cadena cognitivo conductual (Basado en A B C, Ellis 1962) (ver anexo VI).

## **DISEÑO DE INVESTIGACION**

Se utilizó un diseño n = 1 con evaluaciones pre test y post test (Hernández, Fernández y Baptista 1998).

## **PROCEDIMIENTO**

Se recabó una muestra de 10 sujetos durante un lapso de un mes, con las dificultades que implica, ya que aproximadamente más del 90% de los pacientes que ingresan al hospital son canalizados a segundo nivel de atención por la carencia de recursos para tratamiento sustitutivo, además de la falta de espacios asignados para consulta externa de psicología - nefrología. La muestra se dividió en pacientes sometidos al protocolo y pacientes asignados a medición para control de la intervención, conformando una muestra de 5 hombres y 5 mujeres dentro de un rango de 18 a 40 años. Se contactaron a los pacientes ingresados en el servicio de nefrología durante el pase de visita matutino realizado de lunes a viernes, considerando que se encontraran bajo los criterios de inclusión descritos; se solicitó su aprobación para ingresar al protocolo, explicándole el objetivo y generalidades del mismo. Se acordó un horario para el inicio de las sesiones durante la hospitalización y posteriormente a través de consulta externa, programando una sesión semanal de 60 minutos durante un aproximado de cuatro meses o 16 sesiones. Se realizó entrevista inicial e historia clínica para abrir expediente en el protocolo, a los pacientes de ambos grupos.

En la primera sesión se aplicó la batería de evaluación previa a la intervención; que constó de la lista checable de síntomas de ansiedad (Mkay, 1985), el inventario de ansiedad de Beck (Beck et al.1988), el IDARE (Spielberger y Díaz Guerrero, 1975), evaluación breve de estrés (Seligson y Reynoso 1999) y el test de desarrollo del problema (Seligson y Reynoso 1999). Durante esta misma sesión se explicó al paciente el objetivo de cada una de las pruebas



aplicadas, y que las mismas serían aplicadas en una evaluación posterior al final de la intervención. A partir del egreso del hospital se llevó un registro de las recaídas de los pacientes en el momento en el que fue necesario que ingresaran a urgencias antes de la cita programada con su médico, con la intención de observar el impacto del tratamiento en las dos condiciones de intervención.

En la segunda sesión se inició proceso psicoterapéutico, con tres objetivos principales, establecimiento de una alianza terapéutica, conceptualización del caso y explicación del modelo A B C (Ellis 1962). A partir de la tercera sesión se trabajó con un encuadre estructurado que consistió en los siguientes pasos:

1. Controlar estado de ánimo.
2. Breve reseña de lo sucedido en la semana.
3. Establecer plan para la sesión.
4. Resumen de la sesión anterior (puente entre sesiones).
5. Resultado de tareas para casa.
6. Tecnología cognitivo – conductual.
7. Asignación de nuevas tareas.
8. Síntesis y devolución de lo trabajado en la sesión.
9. Cierre.

El trabajo por sesiones se presenta en la tabla 1.1.

La tercera y cuarta sesión consistió en un entrenamiento en la identificación de pensamientos automáticos, con entrenamiento breve para diferenciar emoción y pensamiento. Se utilizó formato del modelo A-B-C para iniciar técnicas de cambio cognitivo.

En la quinta, sexta y séptima sesiones se trabajó en el entrenamiento en modificación de los pensamientos distorsionados a través del debate filosófico y empírico, continuando con el uso de registro A B C y D.

De las sesiones octava a la onceava se entrenó al paciente a identificar creencias intermedias a través de pensamientos automáticos, con

proposiciones condicionales, preguntando sobre una regla, con la técnica de la flecha hacia abajo, con temas recurrentes encontrados en los pensamientos automáticos o preguntando al paciente acerca de su creencia.

De la sesión doceava a la quinceava se trabajó en un entrenamiento dirigido a modificar las creencias intermedias a través de cuestionamiento socrático, experimentos conductuales, continuum cognitivo, dramatización racional emotiva, utilización de los demás como punto de referencia, actuar “como si” y auto revelación.

En la ultima sesión se aplicaron pruebas post (inventarios y lista checable) y se dieron indicaciones de la entrega de resultados en una fecha posterior.

En los sujetos en los que no se intervino se aplicaron las pruebas en dos sesiones pre y post paralelos a los sujetos en los que se corrió el protocolo, explicándoles las condiciones del tratamiento, aclarando que posterior a la evaluación se iniciarían en un proceso psicoterapéutico.

A continuación se muestra un índice temático de las 16 sesiones programadas para el grupo experimental. Es importante enfatizar en que dicho formato se manejó de manera flexible y adaptado a cada uno de los pacientes, como lo marcan los principios de la terapia cognitiva.

<b>SESION</b>	<b>TEMA</b>	<b>TÉCNICA</b>
1	Evaluación pre test	Aplicación batería de pruebas
2	Introducción al modelo cognitivo	Explicación de modelo A B C
3	Pensamientos automáticos	Paro de pensamiento
4	Pensamientos automáticos	Cambio de pensamiento
5	Pensamientos automáticos	Debate empírico
6	Pensamientos automáticos	Debate filosófico
7	Manejo de síntomas físicos	Relajación

8	Creencias intermedias	Identificación por pensamientos automáticos
9	Creencias intermedias	Identificación por flecha hacia abajo
10	Creencias intermedias	Preguntando por reglas
11	Creencias intermedias	Eventos recurrentes
12	Modificación de creencias intermedias	Debate empírico
13	Modificación de creencias intermedias	Debate filosófico
14	Modificación de creencias intermedias	Continuum cognitivo
15	Modificación de creencias intermedias	Utilizar referencias
16	Evaluación pos test	Aplicación de batería

Tabla 1.1 Índice temático de programa de intervención.

## RESULTADOS

Por ser una muestra de 10 sujetos, primero se procedió a realizar un análisis de datos sujeto por sujeto. Los resultados obtenidos en cada sujeto se agrupan en aquellos que recibieron tratamiento y en los que solo fueron medidos sin aplicación del protocolo, mostrando diferencias entre las aplicaciones pre y post en cada uno de los instrumentos, encontrando números favorables aparentemente producto de la intervención realizada.

A continuación se presentan las figuras de cada uno de los instrumentos aplicados en los sujetos donde hubo intervención. Los resultados en el instrumento breve de estrés (figura 1.1) muestran un cambio en las aplicaciones pre y post en todos los sujetos, lo que hace suponer una disminución de los niveles de estrés después de haber recibido el tratamiento.

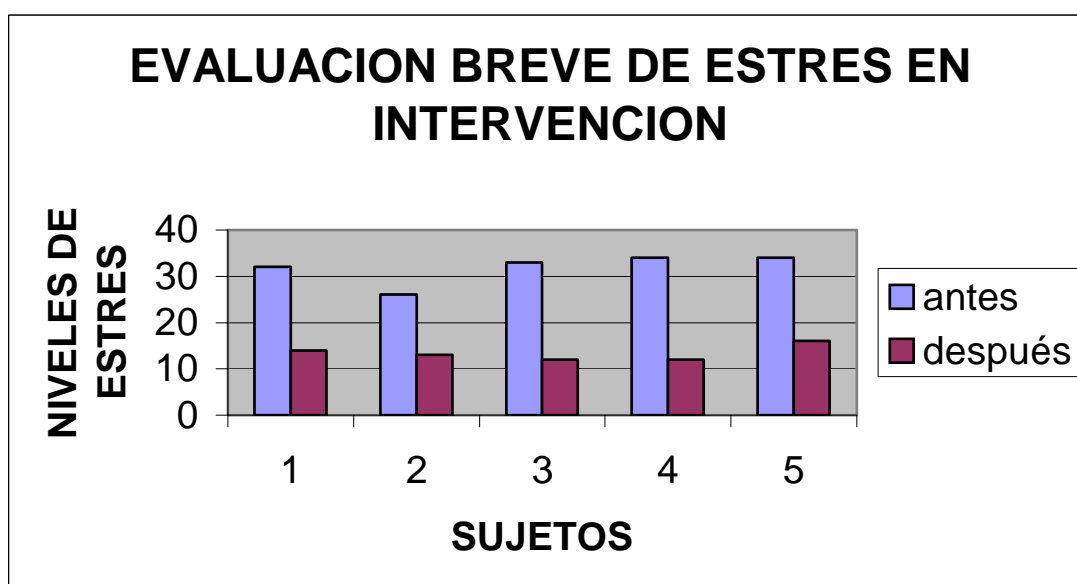


Figura 1.1 muestra los resultados en la aplicación pre y post del instrumento breve de estrés aplicado en los sujetos que recibieron la intervención.

Ahora se muestran los resultados obtenidos en el inventario de síntomas de ansiedad (figura 1.2), encontrando disminución de sintomatología de ansiedad en todos los sujetos.

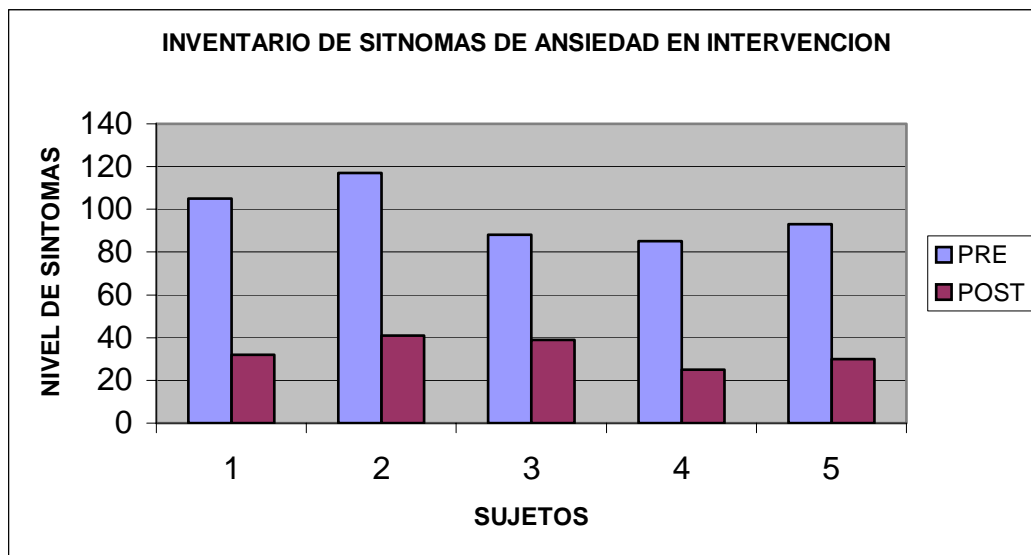


Figura 1.2 muestra los resultados pre y post del inventario de ansiedad en sujetos donde se aplicó el protocolo.

En la siguiente figura (figura 1.3) se muestran los resultados del inventario de ansiedad de Beck, encontrando una reducción de los niveles de ansiedad en todos los sujetos.

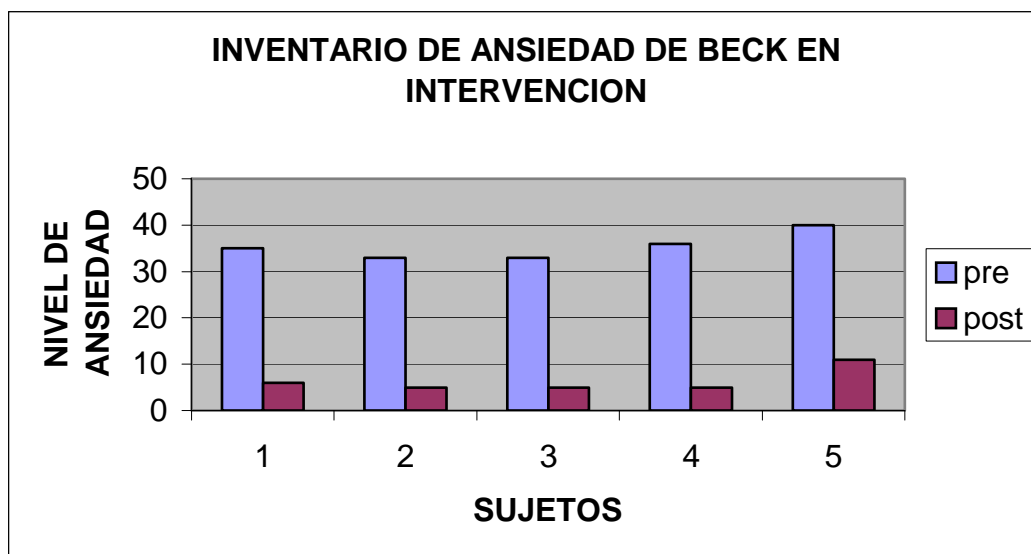


Figura 1.3 muestra las aplicaciones pre y post de la aplicación del inventario de ansiedad de Beck.

Ahora se muestran los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento desarrollo del problema aplicados en el grupo experimental (figura 1.4), en los cuales se observa un cambio favorable en la percepción del desarrollo y afrontamiento de la enfermedad.

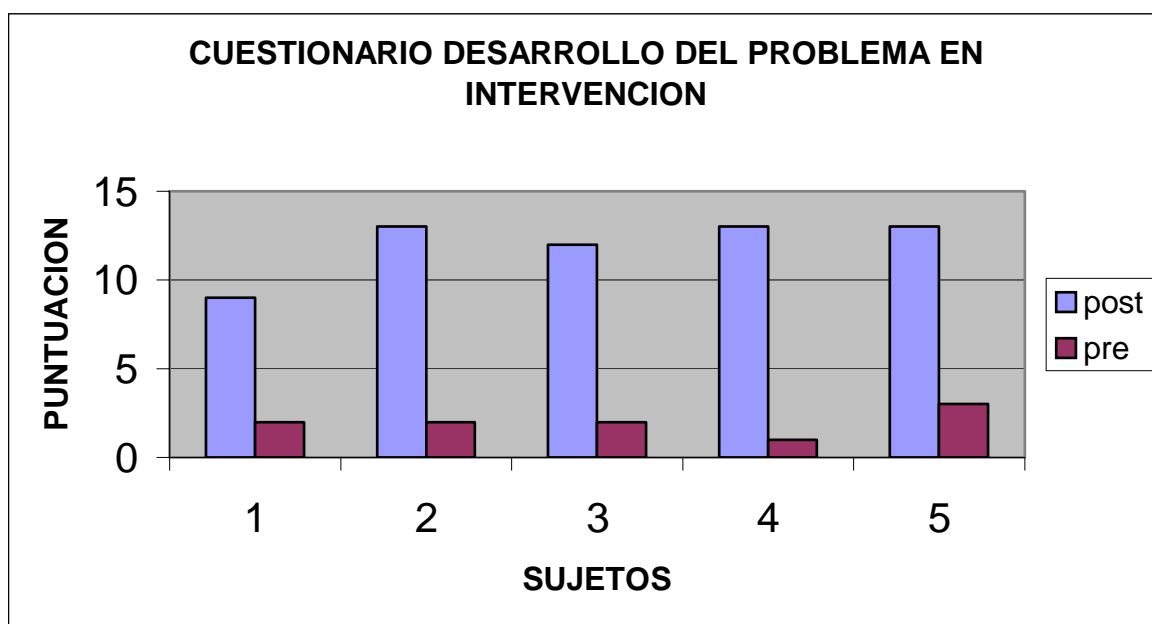


Figura 1.4 muestra los resultados pre y post del cuestionario desarrollo del problema en sujetos en los que se realizó intervención.

A continuación se muestran los datos recabados del IDARE en la escala de ansiedad estado (figura 1.5), observando que en los cinco sujetos se reducen los valores de ansiedad rasgo.

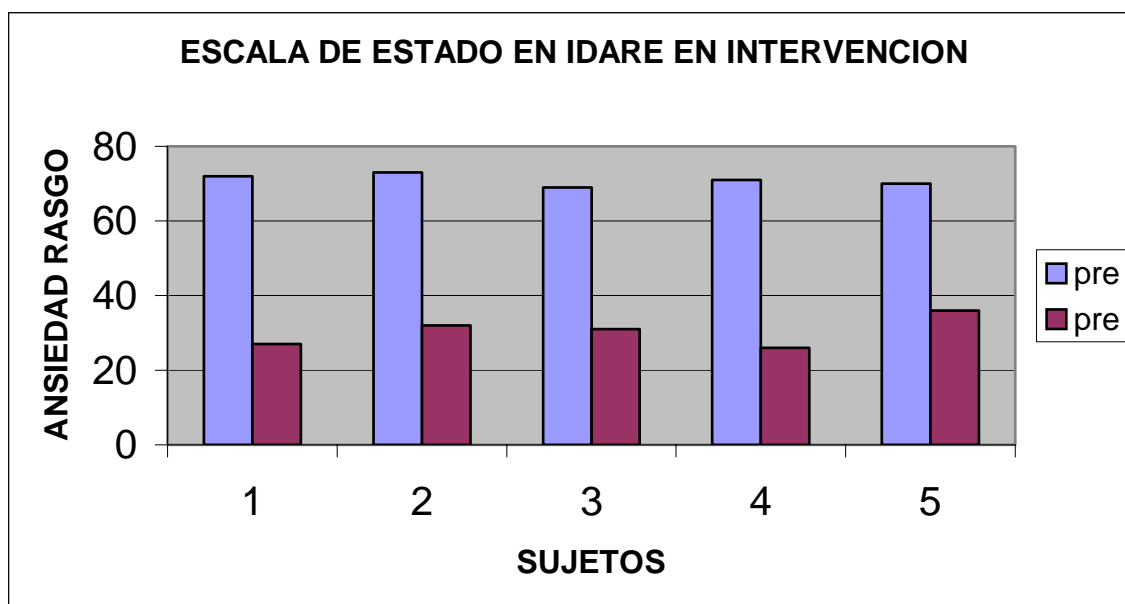


Figura 1.5 muestra los puntajes en la escala de estado en IDARE en su aplicación pre y post en sujetos en los que se realizó intervención.

Ahora se muestran los resultados del IDARE en su escala de rasgo en su aplicación pre y post (figura 1.6), que indica que los niveles de ansiedad estado disminuyeron en los cinco sujetos.

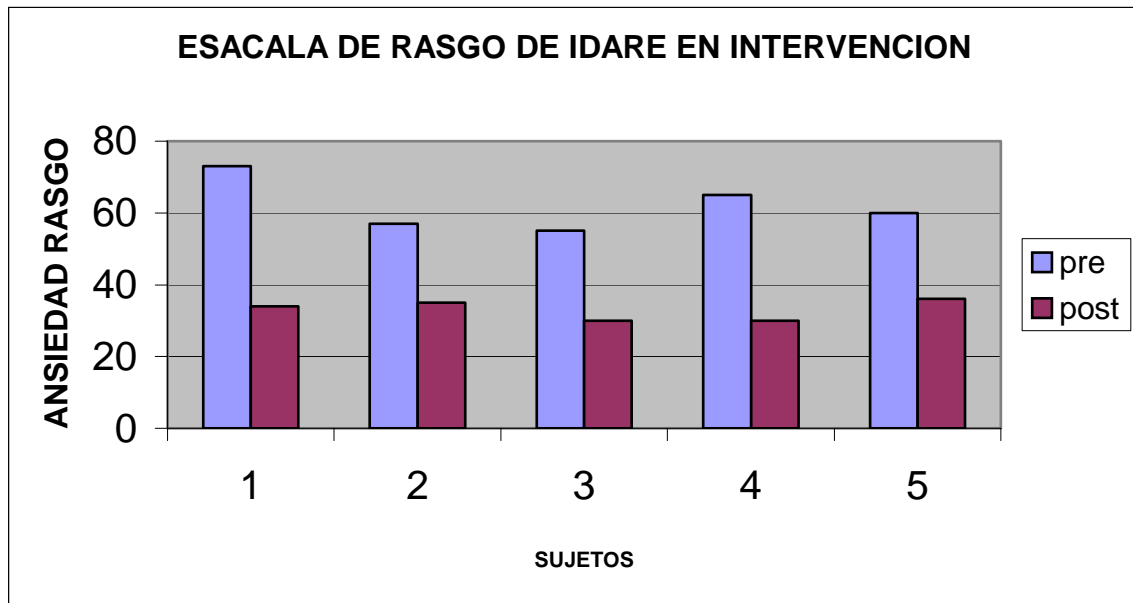


Figura 1.6 muestra los datos de la aplicación del IDARE en su escala de rasgo en sus fases pre y post en sujetos e los que se realizó intervención.

Con respecto a los resultados de las aplicaciones de los instrumentos en los sujetos control, se encontró de manera general que no existen cambios entre las fases pre y post. A continuación se presentan los datos obtenidos en cada instrumento en los cinco sujetos.

En el instrumento de estrés breve (figura 1.7) no se encuentra una disminución en la segunda aplicación, por lo contrario, en los sujetos 1, 4 y 5 se encuentra un incremento en los niveles de ansiedad, sin embargo es un incremento poco significativo entre ambas aplicaciones.

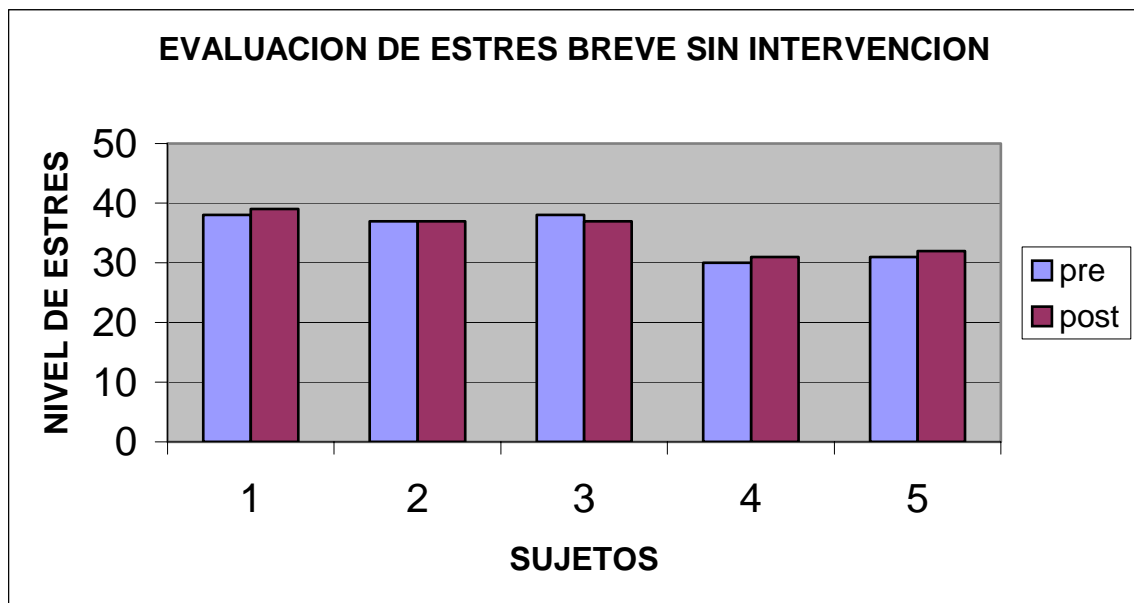


Figura 1.7 muestra los resultados de la aplicación pre y post de la evaluación de estrés breve en sujetos sin intervención.

En el inventario de síntomas de ansiedad (figura 1.8) no se encontraron cambios favorables en las aplicaciones post, con una disminución poco significativa en los sujetos 3 y 4 y un incremento en los sujetos 2 y 5, encontrándose un decremento poco significativo entre ambas mediciones.

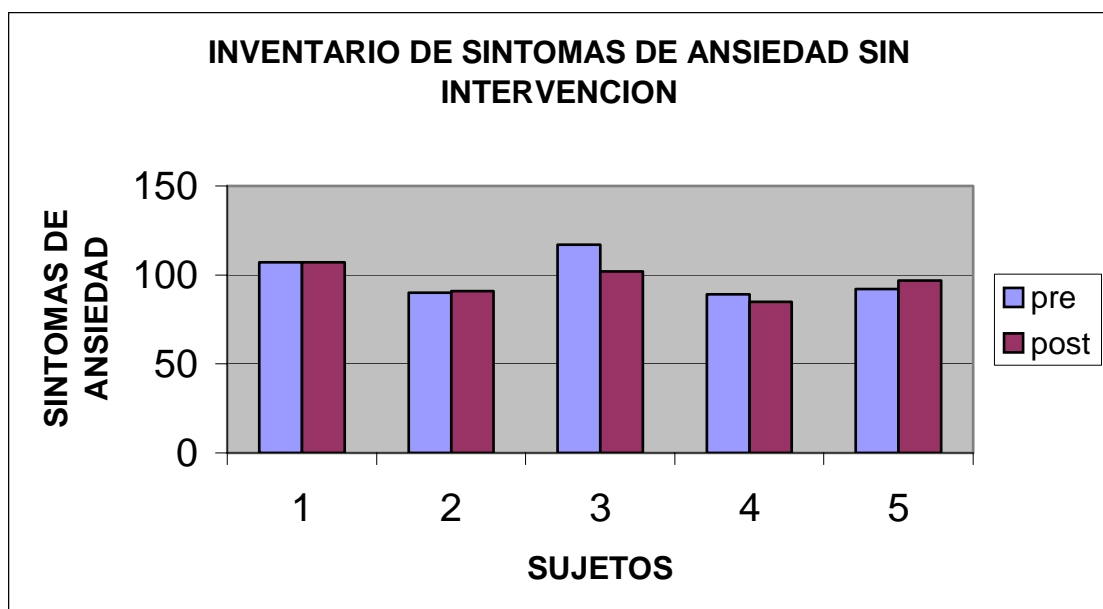


Figura 1.8 muestra las aplicaciones pre y post del inventario de síntomas de ansiedad en sujetos que fueron medidos sin intervención.

En el inventario de ansiedad de Beck (figura 1.9) se encuentra que los resultados entre las mediciones no disminuyeron, salvo en el sujeto 4, aunque



la disminución fue poco significativa; y un aumento de los niveles de ansiedad en el sujeto 2, encontrándose un incremento poco significativo en los niveles de ansiedad entre una medición y otra.

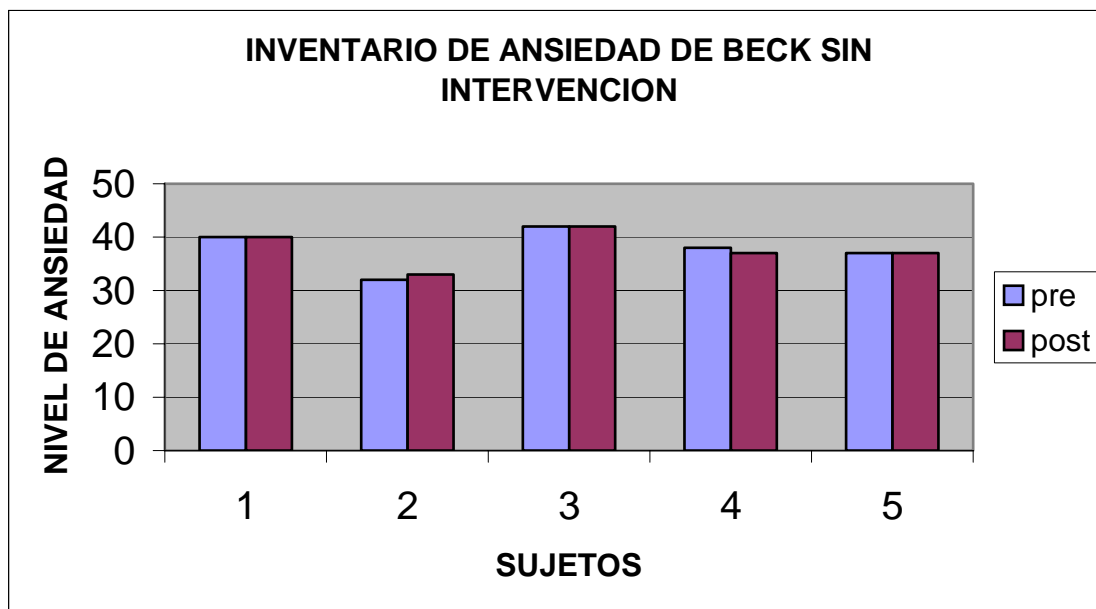


Figura 1.9 muestra las aplicaciones pre y post del inventario de ansiedad de Beck en sujetos sin intervención.

En el cuestionario de desarrollo del problema se observa una disminución en la evaluación post en los sujetos 1 y 5, sin embargo el cambio en ambos casos es de solo un punto por lo cual puede considerarse poco significativo. En los sujetos 2, 3 y 4 no existen cambios en ambas evaluaciones, lo que se puede describir como una disminución poco significativa en la percepción y afrontamiento de la enfermedad.

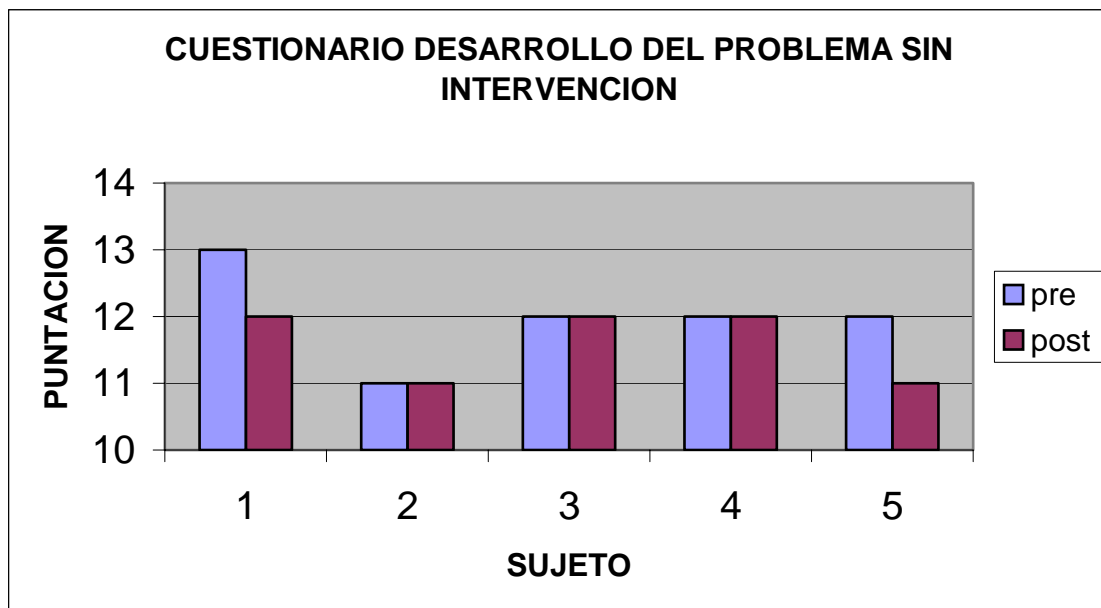


Figura 1.10 muestra las aplicaciones pre y post del cuestionario desarrollo del problema en sujetos sin intervención.

En la escala de estado del IDARE (figura 1.11) se observaron disminuciones poco significativa en los sujetos 1, 2 y 4 en ansiedad estado, y no se dieron cambios en los sujetos 3 y 5, indicando una leve y poco significativa disminución en la ansiedad estado en el grupo control.

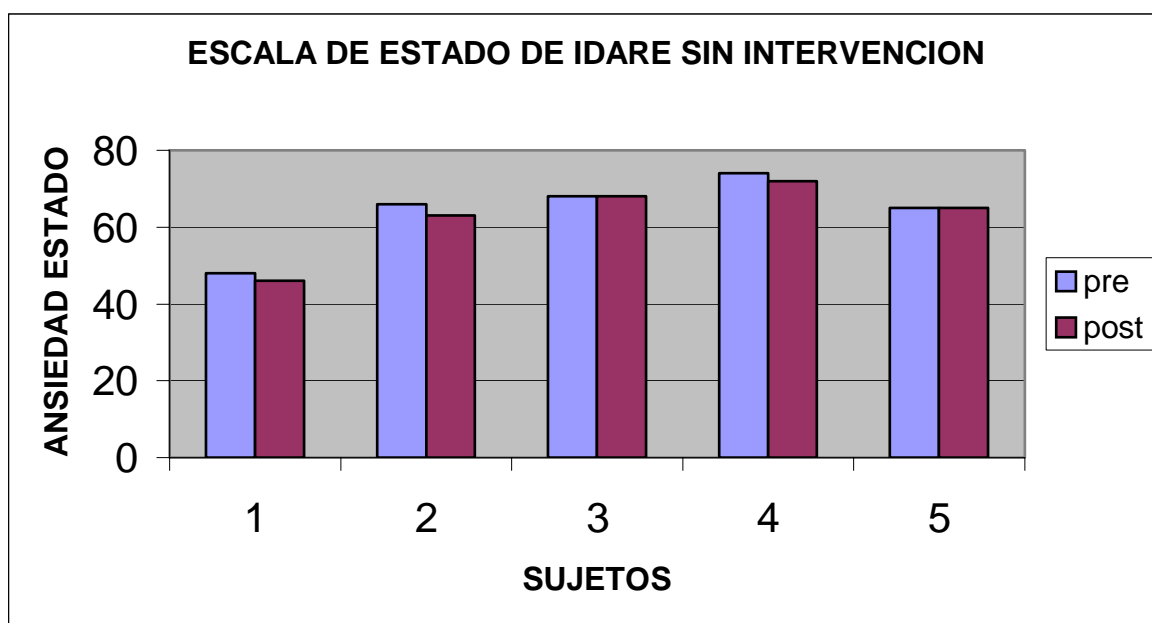


Figura 1.11 muestra la aplicación pre post de la escala ansiedad estado del IDARE en sujetos sin intervención.

En cuanto a la escala de rasgo del IDARE (figura 1.12) se encontró una disminución de los niveles de ansiedad rasgo en los sujetos 1 y 4, aunque se

trata de una diferencia poco significativa. En el sujeto 3 se encontró un incremento poco significativo de ansiedad rasgo y no se observaron cambios en los sujetos 2 y 5, indicando un incremento no significativo en ansiedad rasgo.

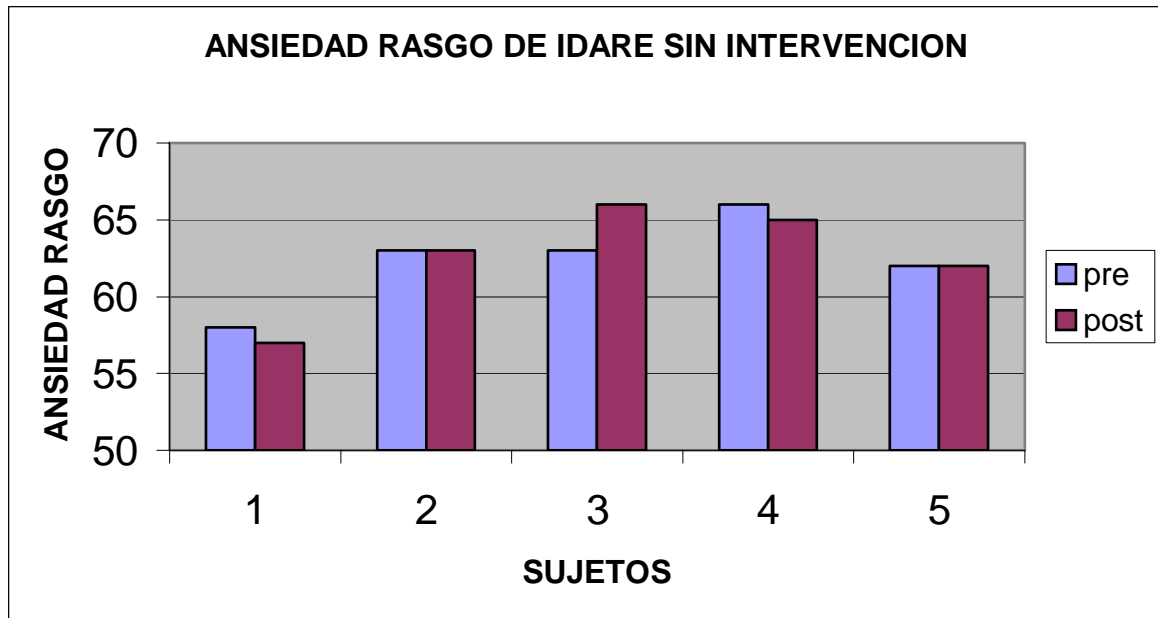


Figura 1.12 muestra la aplicación pre y post de la escala de ansiedad rasgo del IDARE en sujetos sin intervención.

En cuanto a los datos sobre las recaídas a través del desarrollo del protocolo, se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos, los sujetos sin intervención con un promedio de 3 recaídas cada uno durante el protocolo, y los sujetos con intervención con un promedio de .4; lo que indica que probablemente el tratamiento afectó de manera favorable a la adherencia del seguimiento médico en los pacientes donde se aplicó el protocolo, no así en donde solo se midió sin intervención.

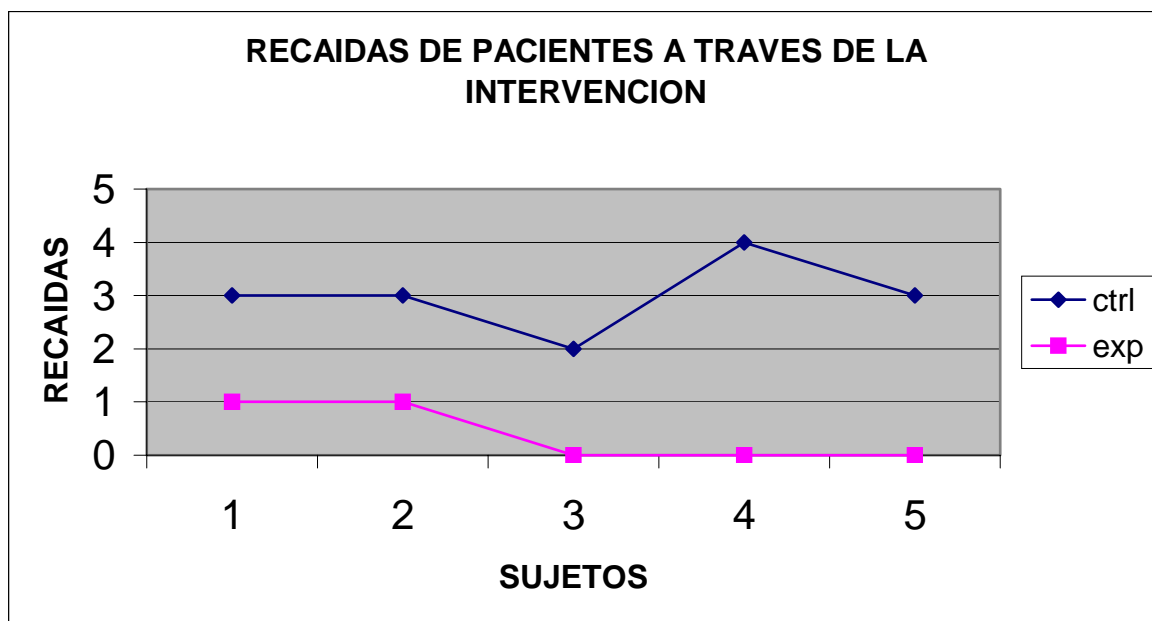


Figura 1.13 muestra la comparación en recaídas en grupo sin intervención (ctrl) y con intervención (exp).

Para conocer si había diferencias entre grupos, se realizó un análisis estadístico con la prueba de rangos de Wilcoxon, que compara si existieron diferencias estadísticamente significativas en el mismo grupo entre la evaluación pre y la evaluación post en cada uno de los instrumentos, para lo cual se agruparon a los sujetos en grupo experimental (donde se aplicó protocolo) y grupo control (donde solo se midió sin intervenir); obteniendo diferencias estadísticamente significativas en el grupo experimental; contrario al grupo control, donde no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Se obtuvieron también las medias y desviaciones estándar pre y post en cada instrumento del grupo con intervención (tabla 1.1) y el grupo sin intervención (tabla 1.3).

A continuación se muestran los resultados obtenidos del grupo experimental, observando en la tabla 1.2 las medias y desviaciones estándar en las aplicaciones pre y post.

INSTRUMENTO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTANDAR
ESTRESPRE	31.80	3.65
ESTRESPOST	13.40	1.37
LISTAPRE	97.60	13.26

LISTAPOST	33.40	6.58
BECKPRE	35.40	2.88
BECKPOST	6.40	2.61
DESPROBLPRE	12	1.73
DESPROBLPOST	2	.71
IDAREESTADOPRE	71	1.58
IDAREESTADOPOST	29.80	3.11
IDARERASGOPRE	62	7.21
IDARERASGOPOST	33	2.83

Tabla 1.2 muestra las medias y desviaciones estándar de las aplicaciones pre y pos en el grupo control.

Como se refleja en la tabla anterior las medias del instrumento de estrés breve muestran diferencia estadísticamente significativa entre la aplicación pre ( $x = 31.80$ ,  $DE = 3.65$ ) y post ( $X = 13.40$ ,  $DE = 1.37$ ); en la lista checable de ansiedad se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la aplicación pre ( $X = 97.60$ ,  $DE = 13.26$ ) y post ( $X = 33.40$ ,  $DE = 6.58$ ); las medias de el instrumento de ansiedad de Beck son estadísticamente significativas en la aplicación pre ( $X = 35.40$ ,  $DE = 2.88$ ) y post ( $X = 6.40$ ,  $DE = 2.61$ ); las medias del test desarrollo del problema muestran diferencias estadísticamente significativas en las aplicaciones pre ( $X = 12$ ,  $DE = 1.73$ ) y post ( $X = 2$ ,  $DE = .71$ ); en las medias del IDARE estado se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en las aplicaciones pre ( $X = 71$ ,  $DE = 1.58$ ) y post ( $X = 29.80$ ,  $DE = 3.11$ ); finalmente, las medias en el IDARE rasgo muestran diferencias estadísticamente significativas en las aplicaciones pre ( $X = 62$ ,  $DE = 7.21$ ) y post ( $X = 33$ ,  $DE = 2.83$ ).

La tabla 1.3 muestra los valores obtenidos de la prueba de rangos de Wilcoxon.

	<b>ESTRES</b>	<b>LISTA</b>	<b>BECK</b>	<b>DESPROB</b>	<b>IDAREEST</b>	<b>IDARERAS</b>
Z	-2.032	-2.023	-2.041	-2.032	-2.032	-2.023
VALOR	.042	.043	.041	.042	.042	.043

Tabla 1.3 valores resultantes de las diferencias entre las aplicaciones pre y post en el grupo experimental con la prueba de rangos de Wilcoxon.

La tabla anterior muestra como todos los valores de la prueba se ubican por debajo de .050, resultando estadísticamente significativas las diferencias entre las aplicaciones pre y post en cada uno de los instrumentos en el grupo experimental.

Los datos del grupo control se condensan en la siguiente tabla (tabla 1.4), donde se muestran las medias y desviaciones estándar de las aplicaciones pre y post en cada uno de los instrumentos.

<b>INSTRUMENTO</b>	<b>MEDIA</b>	<b>DESVIACIÓN ESTANDAR</b>
ESTRESPRE	34.80	3.96
ESTRESPOST	35.20	3.49
LISTAPRE	99	12.43
LISTAPOST	96.40	8.71
BECKPRE	37.8	3.77
BECKPOST	37.8	3.42
DESROBLPRE	12	.71
DESROBLPOST	11.60	.55
IDAREESTADOPRE	63.60	9.66
IDAREESTADOPOST	62.80	9.98
IDARERASGOPRE	62.40	2.88
IDARERASGOPOST	62.60	3.51

Tabla 1.4 muestra las medias y desviaciones estándar de las aplicaciones pre y post en el grupo control.

Los resultados muestran que las medias pre ( $X = 34.8$ ,  $DE = 3.96$ ) y post ( $X = 35.20$ ,  $DE = 3.49$ ) en el instrumento de estrés no son estadísticamente significativas; en las medias pre ( $X = 99$ ,  $DE = 12.43$ ) y post ( $X = 96.40$ ,  $DE = 8.71$ ) de las lista checable de ansiedad tampoco se observan diferencias estadísticamente significativas; las medias del test de ansiedad de Beck pre ( $X = 37.8$ ,  $DE = 3.77$ ) y post ( $X = 37.8$ ,  $DE = 3.42$ ) no arrojan diferencias estadísticamente significativas; de igual forma, las medias del instrumento de desarrollo del problema pre ( $X = 12$ ,  $DE = .71$ ) y post ( $X = 11.6$ ,  $DE = .55$ ) no ofrecen diferencias estadísticamente significativas; en el IDARE estado no existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias pre ( $X = 63.60$ ,  $DE = 9.66$ ) y post ( $X = 62.80$ ,  $DE = 9.98$ ); y finalmente, el IDARE rasgo tampoco muestran diferencias estadísticamente significativas entre la media pre ( $X = 62.40$ ,  $DE = 2.88$ ) y post ( $X = 62.60$ ,  $DE = 3.51$ ).

La siguiente tabla (tabla 1.5) muestra los valores obtenidos de la prueba de rangos de Wilcoxon.

	<b>ESTRES</b>	<b>LISTA</b>	<b>BECK</b>	<b>DESROB</b>	<b>IDAREEST</b>	<b>IDARERASG</b>
Z	-1.000	-.365	.000	-1.414	-1.414	.000

VALOR	.317	.715	1.000	.157	.157	1.000
-------	------	------	-------	------	------	-------

Tabla 1.5 muestra los valores obtenidos de la prueba de rangos de Wilcoxon en el grupo control.

La tabla indica que los valores de las comparaciones, todos por arriba de .50, indicaron que no hay diferencia estadísticamente significativa entre una y otra aplicación en el grupo control en ninguno de los instrumentos.

## CONCLUSIONES

La intervención realizada arrojó resultados que permiten inferir que sus efectos son positivos en los pacientes que recibieron tratamiento, reflejándose no solo en la disminución de los niveles de estrés, sino en el número de recaídas que se presentaron en el tratamiento médico. Los objetivos planteados se consiguieron al no solo mejorar el estado emocional de los sujetos en los que se aplicó el protocolo, sino que se mejoró la manera de afrontamiento de la enfermedad y el seguimiento en el tratamiento médico.

El tratamiento permitió un cambio en la percepción de los pacientes respecto a la enfermedad y las implicaciones del tratamiento, generando un efecto positivo e integral en los sujetos, reflejado en la modificación no solo de estados de ansiedad, sino de rasgos pertenecientes a la personalidad, permitiendo pronosticar un mantenimiento de los logros de la intervención, dando con esto, beneficios que aventajan hacia el fortalecimiento de un estilo de vida saludable.

La agrupación de los sujetos en un grupo control permitió darle mayor certeza a los efectos de la intervención, ya que los resultados en dicho grupo no presentaron cambios significativos en las diferentes mediciones, es decir, no hubo disminución entre una y otra aplicación de pruebas, además, presentaron índices de recaídas que están por arriba de los del grupo experimental; por lo tanto, el tratamiento cognitivo conductual fue probablemente, la causa de los logros obtenidos en los pacientes que lo recibieron.

La aplicación de la prueba de rangos de Wilcoxon, tiene una aportación fundamental, ya que permite dar confiabilidad estadística, reforzando la diferencia que se encontró en el grupo experimental y no en el control. Tales diferencias pueden ser resumidas al referir que la muestra experimental redujo los niveles de ansiedad derivados del diagnóstico de IRC, siendo dicho constructo paralelo al de estrés, tal y como se sustentó en la referencia teórica.

El impacto del diagnóstico y el cambio de vida en el paciente con IRC requiere de apoyo psicológico capaz de favorecer la adaptación del paciente, para lo cual, el tratamiento cognitivo - conductual presenta un impacto determinante y



significativo en los pacientes nefrópatas, al permitir un afrontamiento más funcional de la enfermedad, reflejado en emociones funcionales y mejor adherencia al tratamiento dialítico.

Las características del enfoque cognitivo – conductual, favorecen la obtención de metas eficientes y adecuadas para las necesidades del paciente y de las instituciones de salud, ya que reducen los costos a través de la optimización de los recursos, tiempo de hospitalización, reducción de recaídas y mejoras en el seguimiento de instrucciones médicas.

Dichos logros toman mayor relevancia cuando se evalúa que la morbilidad de la IRC y la capacidad de atención psicológica es incongruente, primero, por el escaso número de psicólogos asignados a las instituciones de salud públicas y privadas, y segundo, porque de dichos profesionistas de la salud mental, son pocos los que manejan el enfoque aplicado a la enfermedad crónica degenerativa.

El trabajo terapéutico psicológico en pacientes diagnosticados con IRC, implica el conocimiento de habilidades en evaluación oportuna de trastornos psicológicos, entrevista focalizada en el problema, entrevista motivacional, manejo de duelo, calidad de vida, adherencia terapéutica e inoculación de estrés; por lo que se requiere de especialización en el manejo de dicha población, con conocimiento básico de la enfermedad y sus principales consecuencias y cuidados físicos.

Por lo tanto, es recomendable que los procesos de formación de terapeutas sean monitoreados en la formación clínica, ya que entre la habilidad teórica y la práctica suele haber un trecho considerable en lo que respecta al aprendizaje de los errores y aciertos cometidos; ya que solo con los resultados obtenidos por estos especialistas, se continuará abriendo brecha en el ámbito de la salud.

Con expectativas hacia mejorar la intervención realizada, se propone el aumento de la muestra utilizada dentro de los recursos de material humano de

los que se disponga, además, esta modificación permitiría la aplicación de otras pruebas estadísticas que aportarían mayor significatividad y confiabilidad a los resultados. Finalmente, es importante señalar que por cuestiones éticas la muestra de sujetos del grupo control, también recibió el tratamiento psicológico necesario para mejorar el bienestar integral y favorecer el proceso de conseguir una mejor calidad de vida.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Amigo, I., Fernández, C., Pérez, M. (1998) *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide. 15 – 57.
2. Bakal, D. (1996). *Psicología y Salud*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
3. Baxter. (1995). *Manual de Capacitación del Paciente en Diálisis Peritoneal*. Boston: NIDDK. 2 - 28.
4. Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa. 31 – 205.
5. Bishop, G. (1994). *Health Psychology: Integrating Mind and Body*. Nueva York: Allyn y Bacon. 65 – 78.
6. Buendía, J. (1993). *Estrés y psicopatología*. Madrid: Pirámide. 9 – 98.
7. Christensen, A y Ehlers, S. (2002). Psychological Factors in End – Stage Renal Disease: An Emerging Context for Behavioral Medicine Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 70 (3): 712 – 724.
8. Christensen, A., Smith, T., Turner, Ch., Holman, J., Gregory, M. y Rich, M. (1992). Family Support, Physical Impairment, and Adherence in Hemodialysis: An Investigation of Main and Buffering Effects. *Journal of Behavioral Medicine*. 4 (15): 313 – 324.
9. Ciro, E., Medina, G., Alvarado, L. y Cortés, R. (2003). Prevalencia del síndrome depresivo en el adulto mayor con insuficiencia renal crónica en fase terminal. *Nutrición clínica*. 6 (3): 215 – 219.
10. Caballo, V. (1995). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI. 16 – 155.

11. Díaz de León, M. (1991). *Insuficiencia renal aguda*. México: Limusa. 8 – 35.
12. Domínguez, B., Hernández, C y Tam L. (2002). *Manejo y Conocimiento del Estrés en Niños*. México: Plaza y Valdez. 7 - 77.
13. Everly, G. S. (1989). *Strategies for coping with stress: An assessment scale*. Nueva York: Office of Health Promotion, Department of Health and Human Services. 24 - 67.
14. García, F., Fajardo, C., Guevara, R., Gonzáles, C., Pérez, E. y Hurtado, A. (2002). Mala adherencia a la dieta en hemodiálisis: papel de los síntomas ansiosos y depresivos. *Nefrología*. 3 (22): 315 – 322.
15. Giacoletto, S. y Bualdón, M. (2002). *Nefrología clínica*. Boston: Kidney Int. 805 – 810.
16. Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1998). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill. 9 – 72.
17. Joan, A. y Fortuna, C. (1994). *Cuidados de enfermería en la Insuficiencia renal*. Boston: ELA. 6 - 17.
18. Labrador, F., Muñoz, M. y Cruzado, J. (1990). *Medicina Conductual*. Madrid: McGraw – Hill.
19. Lazarus, R. y Flokman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. Madrid: M Roca. 11 - 125.
20. Lega, L., Caballo, V. y Ellis, A. (1999). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo – conductual*. Madrid: Siglo XXI. 1 – 64.

21. Magaz, A. y García, E. (1995). *Aspectos psicosociales de los pacientes en diálisis peritoneal*. Madrid: Siglo XXI. 557 – 578.
22. Montenegro, J y Olivares, J. (1999). *La diálisis peritoneal*. España: DIBE. 625 – 640.
23. Muñoz, A. (1998). *Aspectos psicosociales con enfermedad renal permanente*. Madrid: Siglo XXI. 186 – 197.
24. McKay, N. (1985). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Madrid: Martínez Rroca. 3 - 95.
25. Monroy, A. y Morales, M. (1990). *Salud, sexualidad y adolescencia*. Pax México. 97 – 103.
26. National Kidney Foundation. (2003). *Acerca de la insuficiencia renal crónica: Una guía para los pacientes y sus familias*. Boston: NKFK / DOQI. 1 – 18.
27. OMS. (1983). *Nuevas políticas para la educación sanitaria en Atención Primaria de Salud*. OMS. 25.
28. Oblitas, L. y Becoña, L. (2000). *Psicología de la salud*. México: Plaza y Valdés. 11 – 67.
29. Ostrosky, F. (2000). *Cerebro y conducta*. México: InfoRed.
30. Padierna, J. (1999). *La diálisis peritoneal*. España: DIBE. 625 – 641.
31. Roa, A. (1995). *Educación en psicología clínica y de la salud*. México: Cepe. 35 – 67.

32. Ruíz, R., Ruíz, L., Quintero, F. y Jurado, S. (2003) El autoconcepto en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Nutrición clínica*. 6 (3): 220 – 225.
33. Uriarte, V. (1997). *Psicopatología*. México: UNAM. 1 – 101.

## ANEXO I

## INVENTARIO DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD - autor ~~XXXX~~

Puntúe los síntomas relacionados con el síndrome de estrés, mencionados a continuación, según el grado de malestar que le producen, usando para ello la siguiente escala de diez puntos: (ignore aquellos que no haya experimentado).

<i>Malestar ligero</i>			<i>Malestar moderado</i>				<i>Malestar extremo</i>		
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>

SINTOMAS	Grado de malestar (1 – 10) ahora.	Grado de malestar (1 – 10) después de dominar la intervención cognitiva del estrés.
<i>Preocupación</i>		
<i>Tristeza</i>		
<i>Impotencia</i>		
<i>Desesperación</i>		
<i>Enojo</i>		
<i>Resentimiento</i>		
<i>Dolor de cabeza</i>		
<i>Mareo</i>		
<i>Malestar estomacal</i>		
<i>Sudoración</i>		
<i>Dificultad para respirar</i>		
<i>Aumento de latidos del corazón</i>		
<i>Falta de apetito</i>		
<i>Dolor muscular</i>		
<i>Insomnio</i>		
<i>Dificultad para tomar decisiones</i>		
<i>Cansancio físico</i>		



## ANEXO II

**INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK.**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES.- A continuación se encuentra una lista de síntomas característicos de ansiedad. Por favor lea cuidadosamente cada reactivo de la lista. Indique el grado en que le haya molestado cada sintoma durante la ULTIMA SEMANA, INCLUYENDO EL DIA DE HOY colocando una "x" en el espacio correspondiente a la columna que se encuentra junto a cada sintoma.

	Nada	Ligeramente Sin molestia Significativa	Moderadamente muy desagradable pero soportable	Severamente, casi insoportable
1. Hormigueo o adormecimiento de extremidades				
2. Oleadas de calor o bochornos				
3. Debilidad y temblor en las piernas				
4. Incapaz de relajarme				
5. Temor a que sucediera lo peor				
6. Mareo o ligereza de cabeza				
7. Palpitaciones o aceleración cardiaca				
8. Falta de equilibrio				
9. Terror				
10. Nerviosismo				
10. Sensación de ahogo				
12. Temblor de manos				
13. Agitación				
14. Miedo a perder el control				
15. Dificultad para respirar				
16. Miedo a morir				
17. Asustado				
18. Indigestión o molestias abdominales				
19. Desmayos				
20. Enrojecimiento de la cara				
21. Sudoración (no causada por calor)				

## ANEXO III

# IDARE

SXR

## Inventario de Autoevaluación

**Instrucciones:** Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien . . . . .	①	②	③	④
22. Me canso rápidamente . . . . .	①	②	③	④
23. Siento ganas de llorar . . . . .	①	②	③	④
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo . . . . .	①	②	③	④
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente . . . . .	①	②	③	④
26. Me siento descansado . . . . .	①	②	③	④
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada" . . . . .	①	②	③	④
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas . . . . .	①	②	③	④
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia . . . . .	①	②	③	④
30. Soy feliz . . . . .	①	②	③	④
31. Tomo las cosas muy a pecho . . . . .	①	②	③	④
32. Me falta confianza en mí mismo . . . . .	①	②	③	④
33. Me siento seguro . . . . .	①	②	③	④
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades . . . . .	①	②	③	④
35. Me siento melancólico . . . . .	①	②	③	④
36. Me siento satisfecho . . . . .	①	②	③	④
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan . . . . .	①	②	③	④
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza . . . . .	①	②	③	④
39. Soy una persona estable . . . . .	①	②	③	④
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado . . . . .	①	②	③	④

## ANEXO IV

EVALUACION BREVE DE ESTRES	NUNCA (UN PUNTO)	RARAMENTE (DOS PUNTOS)	ALGUNAS VECES (TRES PUNTOS)	FRECUEMTEM ENTE (CUATRO PUNTOS)	SIEMPRE (CINCO PUNTOS)
Me siento cansado o con falta de energía					
Tengo problemas para concentrarme en lo que hago					
Tengo problemas para dormir en las noches					
Siento dolor en el pecho o se me corta la respiración o me falta el aire					
Tengo períodos de estreñimiento o de diarrea					
Me siento nervioso y tiemblo o sudo mucho					
Tengo molestias estomacales y dolores musculares, especialmente en el cuello, la espalda y los hombros					
Tengo dolores de cabeza					
Fumo y bebo alcohol					
He ganado o perdido peso (más de 5 kilos)					
<b>SU PUNTAJE TOTAL ES DE:</b>					

## ANEXO V

## DESARROLLO DEL PROBLEMA

**INSTRUCCIONES:** A continuación encontrará una serie de afirmaciones. Marque con una **X** si está de acuerdo o no con ellas.

Mi enfermedad ha destruido mi vida social	SI	NO
A pesar de mi enfermedad, cuando puedo asisto a espectáculos	SI	NO
Desde que supe de mi enfermedad, soy menos eficiente en el trabajo	SI	NO
Desde que supe de mi enfermedad, me he vuelto una persona triste	SI	NO
Desde que supe de mi enfermedad, he dejado de hacer todos los deportes que acostumbraba	SI	NO
A pesar de mi enfermedad, continúo realizando algunos ejercicios	SI	NO
Desde que supe de mi enfermedad, ya no tengo deseos de hacer nada	SI	NO
Desde que estoy enfermo, la gente me trata como a un ser raro	SI	NO
A causa de mi enfermedad, he dejado de asistir a espectáculos	SI	NO
Cuando supe de mi enfermedad, sentí que no valía la pena luchar ni seguir tratamiento	SI	NO
En la actualidad, me sigo esforzando por realizar mi trabajo como antes	SI	NO
Mi enfermedad no me hace distinto a las demás personas	SI	NO
Después de saber de mi enfermedad, sigo teniendo deseos de llevar una vida activa	SI	NO
Desde que supe de mi enfermedad, me he vuelto una persona aislada y retraída	SI	NO



## ANEXO VI

### REGISTRO DE FACTORES ESTRESANTES

**Instrucciones:** Piense en un momento reciente en que se sentía miedoso(a) o nervioso (a). Recuerde los eventos que tuvo (en palabras, en imágenes) cuando se sentía así. Si tiene una imagen visual, descríbala.

**No. Semana:**

DIAS	1.SITUACIÓN ¿Quién? ¿Qué? ¿Cuándo? ¿Dónde?	2.EMOCIONES a. ¿Qué sentías? b. De un valor a la emoción de 0-100%	3.Pensamientos automáticos (imágenes) a. ¿Qué estaba pasando por mi mente justo antes de empezar a sentirme de esta forma? b. Defina el pensamiento estresante.	4. CONDUCTAS ¿Qué hace cuando se siente estresado?
LUNES				
MARTES				
MIÉRCOLES				
JUEVES				
VIERNES				
SABADO				
DOMINGO				