

---

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MEXICO



---

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

**Ensayo clínico controlado aleatorizado para el tratamiento de los  
síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia  
renal crónica mediante una intervención cognitivo-conductual  
comparada con la atención médica convencional**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

**DOCTOR EN CIENCIAS**

P R E S E N T A

**ABEL LERMA TALAMANTES**

Tutora Principal: Dra. Claudia Lerma González

Comité Tutorial: Dra. Rebeca Robles García

Dra. María Luisa Peralta Pedrero

Dra. Isabel Reyes Lagunes

Dr. Jesús Antonio González-Hermosillo González

Ciudad Universitaria, México, D. F. Octubre del 2012



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

# Agradecimientos

A la Dra. Claudia Lerma González, por su constante y consistente orientación y asesoría académica personalizada a lo largo de este estudio. Por su infatigable acompañamiento en los cientos de detalles técnicos y científicos asociados al análisis y aproximación científica respecto al conocimiento complejo de los pacientes renales. Por darle un espacio al enfoque cognitivo conductual de la Psicología en su laboratorio de investigación.

A la Dra. Rebeca Robles García, por su invaluable estímulo, ejemplo, asesoría y guía académica, así como por sus enseñanzas profesionales en el ámbito de la Psicología. Por mostrar y demostrar que las distorsiones cognitivas son algo más que un simple constructo académico.

A la Dra. María Luisa Peralta Pedrero, por todas sus enseñanzas didácticas y clínicas, así como por la rigurosidad de su enfoque para el diseño metodológico, el análisis y la presentación de resultados de este estudio, especialmente el ensayo clínico aleatorizado.

A la Dra. Isabel Reyes Lagunes, por su inolvidable y crucial enseñanza para el diseño, construcción y validación de instrumentos psicológicos, parte sustancial de este estudio en su primera fase.

Al Dr. Jesús A. González-Hermosillo González, por su centrado y acertado criterio y asesoría clínica durante las sesiones de evaluación tutorial a lo largo de todo el estudio, así como por su confianza y apoyo, ya demostrada desde la etapa de Maestría en Ciencias de la Salud.

A los Dres. Héctor Pérez-Grovas Garza, Luis Antonio Bermúdez, Tommaso Bochicchio, David Gutiérrez y muy destacada y especialmente a la L.N. Heliud Salazar, por su

indiscutible generosidad y confianza para autorizar y/o facilitar el acceso al estudio de los pacientes con IRC, así como por sus atinadas y expertas observaciones clínicas.

Al personal de salud adscrito a las Unidades de Hemodiálisis donde se realizó el estudio, muchas gracias por el espacio y las facilidades otorgadas a los investigadores.

Al Dr. Agustín Villarreal González y al Dr. Luis Antonio Bermúdez, por su entusiasta apoyo y facilitación del espacio necesario para efectuar las sesiones de evaluación y tratamiento con los pacientes de este estudio, en sus respectivas Instituciones.

A la Dra. Elba Rosa Leyva Huerta, Coordinadora del Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud. A todo su personal de apoyo, con especial consideración a la Lic. Aida Martínez Zúñiga, la Lic. Alba Ochoa C., la Lic. Margarita Barreto y la Mtra. Ana Laura Brull Jiménez, por su personalísima y eficiente atención.

Al Ing. Eduardo Ignacio De la Rosa Vega, quien tuvo a su cargo diversos y múltiples aspectos técnicos relacionados con la medición de variables, la captura, resguardo y preparación de información individualizada de cada paciente en una base de datos preparada ex profeso y por el importante y valioso acompañamiento a lo largo de las fases relacionadas con el ensayo clínico.

# Agradecimientos institucionales

A la Universidad Nacional Autónoma de México, a la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM, por la oportunidad para el sustentante de esta tesis, de recibir en sus aulas y adscripciones hospitalarias una sólida y fecunda formación académica. Pero sobre todo por el ambiente cálido, humano, eficiente y personalizado por parte de su personal administrativo y docente.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), por su apoyo financiero mediante una beca nacional que permitió sustentar los estudios de este Doctorado durante el lapso 2010-2012. Ratifico mi agradecimiento a CONAYCT por la beca otorgada para el grado previo de Maestría, durante los años 2008-2010.

Al Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez", por la autorización, visto bueno y facilitación de instalaciones para el desarrollo de este estudio, así como para tener acceso a la población clínica de pacientes con insuficiencia renal crónica en etapa terminal.

## Índice general

Página

Resumen.....	1
Introducción.....	4
<b>Capítulo 1: La Insuficiencia renal crónica (IRC)</b> .....	6
Características de la insuficiencia renal crónica.....	6
<b>Capítulo 2: Depresión y ansiedad en pacientes con IRC</b>	16
Depresión y ansiedad: aspectos generales.....	16
Estudios sobre depresión en pacientes con IRC.....	17
Epidemiología de la depresión.....	18
Ansiedad.....	19
Epidemiología de la ansiedad.....	20
<b>Capítulo 3: Distorsión cognitiva</b>	21
Aspectos generales de las distorsiones asociadas a enfermedades crónicas.....	21
Evaluación de la ansiedad, la depresión y los constructos cognitivos relacionados.....	23
<b>Capítulo 4: El modelo cognitivo-conductual y su estrategia de intervención</b> .....	24
Aproximación cognitivo-conductual.....	24
Justificación del estudio.....	28
Planteamiento del problema de investigación.....	28
Pregunta de investigación.....	28
Hipótesis general de trabajo.....	29
Objetivo general.....	29
Objetivos Específicos.....	29
<b>Capítulo 5: Metodología</b> .....	30
Población Objetivo.....	31
Diseño del estudio.....	31
Descripción metodológica de las fases y etapas.....	31
Fase A: Desarrollar y validar un instrumento específico e identificar factores asociados a depresión y ansiedad.....	31
Fase B: Identificación de factores asociados a la presencia de depresión y ansiedad en pacientes con IRC en etapa terminal.....	34
Fase C: Intervención cognitivo conductual (ICC).....	34

Fase D: Cálculo de medidas de efecto de la intervención cognitivo conductual.....	38
Definición conceptual y operacionalización de las variables del estudio...	39
Variables de resultado.....	39
Variables de intervención.....	39
Otras variables de interés.....	40
Variables biomédicas.....	43
Descripción general del estudio (procedimientos)	45
<b>Fase A:</b> Desarrollo y validación de un instrumento e identificación de factores asociados a depresión y ansiedad (Etapas I y II).....	45
<b>Etapas I.-</b> Elaboración y validación de un instrumento específico para evaluar distorsiones cognitivas (DISCOG) en pacientes con IRC en etapa terminal.....	45
<b>Etapas II.-</b> Tamiz para determinar comportamiento de la población de interés, mediante la identificación de la prevalencia de distorsiones cognitivas, depresión, ansiedad y calidad de vida.....	47
<b>Fase B:</b> Identificación de factores asociados a la presencia de depresión y ansiedad en pacientes con IRC en etapa terminal.....	47
<b>Fase C:</b> Intervención cognitivo conductual.....	48
<b>Etapas III.-</b> Diseño y aplicación de la ICC para disminuir síntomas de depresión y la ansiedad en pacientes con IRC en etapa terminal.....	48
<b>Fase D: Etapas IV</b> Cálculo del efecto de la ICC.....	53
Aspectos éticos.....	54
Carta de consentimiento informado	
Confidencialidad	
Riesgos Potenciales	
Beneficios Potenciales	
<b>Capítulo 6: Resultados</b> .....	56
Fase A: Etapas I.- Elaboración y validación de un instrumento específico para evaluar distorsiones cognitivas en pacientes con IRC en etapa terminal.....	56
Etapas II.- Identificación de la prevalencia de distorsiones cognitivas, depresión, ansiedad y calidad de vida.....	57
Fase B: Identificación de factores asociados a la presencia de depresión y ansiedad en pacientes con IRC en etapa terminal.....	60
Fase C: Diseño y aplicación de una ICC.....	61
Etapas III.- Diseño y aplicación de la ICC para disminuir síntomas de depresión y la ansiedad en pacientes con IRC en etapa terminal.....	61
Fase D: Cálculo de la eficacia de la ICC.....	61
Etapas IV.- Calcular la magnitud del efecto por grupo, reducción absoluta del riesgo, reducción relativa del riesgo, riesgo relativo y número necesario a tratar.....	61
Productos generados.....	67

Beneficios del proyecto realizado.....	68
<b>Capítulo 7: Discusión.....</b>	<b>69</b>
<b>Capítulo 8: Limitaciones, recomendaciones y conclusiones.....</b>	<b>77</b>
<b>Referencias bibliográficas.....</b>	<b>80</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>89</b>
1 Cronograma de actividades.....	90
2 Procedimiento <i>para obtener el consentimiento informado particular para el protocolo</i> .....	91
3 Hoja de consentimiento para el estudio.....	92
4 Instrucciones de aplicación de los instrumentos.....	94
5 Instrumentos de medición psicológica	
5.1 Hoja de datos socio-demográficos y biomédicos.....	95
5.2 Síntomas de ansiedad.....	96
5.3 Síntomas de depresión.....	97
5.4 Pensamientos automáticos.....	99
5.5 Actitudes disfuncionales.....	100
5.6 Perfil de calidad de vida en enfermos crónicos (PECVEC).....	102
5.7 Distorsión cognitiva.....	104
6 Autorización del protocolo 10-699. Comités de Investigación y Bioética.	105
7 Ejemplos de bitácoras de trabajo.....	106
8 Procedimientos para el manejo de los grupos (control y experimental).	108
9 Artículos científicos generados por el proyecto (se muestran 2).....	109
9.1 Artículo No. 1: <i>Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación de distorsiones cognitivas en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal</i> .....	
9.2 Artículo No. 2: Brief cognitive-behavioral intervention for depression and anxiety symptoms improves quality of life among chronic hemodialysis patients.....	115
10 Cuadro general resumido del proyecto completo.....	145
11 y 12 Manuales del terapeuta y el paciente.....	237



# Resumen

## Antecedentes

Los trastornos de ansiedad y la depresión son comunes y con efectos negativos para los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en cuanto a mayor percepción negativa de la enfermedad y menor calidad de vida, menor apego al tratamiento y mayor morbilidad y mortalidad. Frecuentemente estas psicopatologías son consideradas como síntomas y no como condiciones independientes que requieren detección y tratamiento oportunos. Se sabe que los pacientes con IRC tienen disminución en su *capacidad cognitiva intelectual*, pero no se ha investigado sobre la *capacidad cognitiva-conductual* y no se sabe si las alteraciones biológicas estructurales y funcionales del paciente con IRC están acompañadas por distorsión psicológica (de tipo emocional, cognitivo y conductual) que podrían influir en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del paciente.

El diagnóstico e intervención en los pacientes con IRC enfatizan el estudio y conocimiento de aspectos biológicos, pero no los de tipo cognitivo y emocional, aún cuando el clínico hace frecuentes observaciones anecdóticas respecto a elementos cognitivos y conductuales de los pacientes. Es imprescindible conocer las características psicológicas asociadas a distorsión cognitiva, síntomas de depresión y ansiedad de estos pacientes, con el objetivo de impulsar el apoyo psicológico que favorezca su pronóstico y eventual recuperación. Algunos resultados clínicos desfavorables como la falta de apego al tratamiento sustitutivo (hemodiálisis o diálisis peritoneal) podrían explicarse debido a que inicialmente no se evalúan ni se toman en cuenta variables psicológicas (por ejemplo, síntomas de ansiedad y depresión y su asociación con la distorsión cognitiva).

La terapia cognitivo conductual de larga duración en pacientes con IRC es efectiva para disminuir los síntomas de ansiedad y depresión severos, pero no se han probado intervenciones cognitivo conductuales (ICC) sistemáticas y breves para atender a pacientes con niveles leves y moderados de dichos síntomas.

El objetivo principal de este proyecto fue comparar la efectividad para disminuir los síntomas de depresión y ansiedad en adultos con IRC en etapa terminal de una ICC sistemática y breve agregada a la atención médica convencional contra la atención médica convencional en forma aislada.

## **Metodología**

Se efectuó un estudio dividido en 4 fases. La fase A consistió en diseñar y validar un nuevo instrumento para evaluar distorsiones cognitivas, específico para pacientes con IRC (n = 255). La fase B consistió en la evaluación de variables psicológicas (depresión, ansiedad, distorsión cognitiva, actitudes disfuncionales), variables clínicas (edad, sexo, comorbilidades) y variables bioquímicas (desnutrición, niveles de proteína C reactiva, albúmina, hipertensión) para identificar los factores asociados a los síntomas de depresión y ansiedad (n = 108) mediante un modelo de regresión logística. La fase C consistió en diseñar y aplicar una ICC mediante un ensayo clínico aleatorizado para disminuir síntomas depresivos y ansiosos (n = 49). La ICC aplicada requirió la elaboración y uso de dos manuales (terapeuta y paciente) sistemáticos, estructurados y breves. La fase D consistió en calcular las medidas de efecto correspondientes para determinar la efectividad de la ICC, tanto antes como después de la terapia (grupo experimental) y comparada con la atención médica convencional (grupo control).

## **Resultados**

Los resultados globales indican que la ICC fue efectiva para aumentar la calidad de vida, disminuir los síntomas depresivos y ansiosos y demostró su correlación con pensamientos distorsionados en pacientes con IRC.

El nuevo instrumento para evaluar distorsiones cognitivas obtuvo muy buena confiabilidad (alfa de Cronbach total superior a 0.90) e identificó 4 tipos de distorsión (catastrofismo, perfeccionismo, etiquetización negativa y pensamiento dicotómico) asociadas a depresión y ansiedad en estos pacientes. El modelo de regresión logística identificó factores capaces de predecir depresión (ansiedad, distorsión cognitiva y calidad de vida) y ansiedad (distorsión cognitiva). Después

de 4 semanas de haber finalizado la ICC (etapa de seguimiento), los pacientes del grupo experimental disminuyeron los síntomas de ansiedad y depresión globales y en las sub-escalas cognitiva y somática, aumentaron su calidad de vida y disminuyeron sus pensamientos distorsionados. En comparación, el grupo control no tuvo cambios significativos en estas variables en la etapa de seguimiento respecto al inicio del estudio. La utilidad clínica de la ICC para disminuir síntomas depresivos fue de 0.33 (IC<sub>95%</sub>, 0.05 – 0.55), necesitándose 3 pacientes a tratar para alcanzar el efecto en al menos 1 de ellos. En cuanto a la ansiedad, la utilidad clínica fue de 0.43 (95% IC, 0.14 - 0.63), indicando que la ICC requiere tratar 2 pacientes para alcanzar el efecto en al menos uno de ellos. El análisis de intención a tratar no mostró efectos adversos en ninguno de los dos grupos comparados.

## **Conclusiones**

Se diseñó y aplicó una ICC breve, sistemática y estructurada y se demostró su utilidad clínica para disminuir los síntomas de depresión y ansiedad, disminuir los pensamientos distorsionados y aumentar la calidad de vida en pacientes con IRC en etapa terminal. Secundariamente se diseñó y validó un nuevo instrumento psicológico específico para identificar pensamientos distorsionados y se identificaron factores que predicen ansiedad y depresión en estos pacientes. Tanto el instrumento como los manuales específicos resultantes podrían facilitar la participación de profesionales de la salud no especializados en ICC, como enfermeras, médicos, trabajadores sociales y psicólogos y para explorar los hallazgos en esta y otras poblaciones clínicas.

## Introducción

Los trastornos de ansiedad y la depresión son probablemente las psicopatologías más comunes en los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) [1] y tienen diversos efectos negativos en los pacientes. Por ejemplo, la depresión está asociada con niveles más altos de percepción negativa de la enfermedad y menor calidad de vida de los pacientes con IRC, aún en etapas tempranas de la insuficiencia renal [2], menor apego al tratamiento y mayor morbilidad y mortalidad [3]. Además de las implicaciones clínicas, con frecuencia éstas psicopatologías erróneamente son consideradas como síntomas y no como condiciones independientes que requieren detección y tratamiento oportunos [4].

La IRC es generadora de muchos factores que causan estrés cotidiano limítrofe y disfuncional en el paciente y su entorno social [1], que incluyen desde los efectos físicos de la enfermedad, la dinámica familiar, las limitaciones funcionales y los efectos de medicamentos. Sin embargo, para poder apreciar completamente la influencia que ejercen dichos factores “estresantes” en la salud del paciente es necesario comprender la perspectiva de los pacientes respecto a su habilidad para enfrentar éstos factores. Se ha propuesto que los pacientes responden a estos factores apoyados en sus recursos psicológicos (e.g. personalidad, percepción de la enfermedad), cambios en comportamiento (e.g. nutrición, ejercicio, asistencia a las sesiones de tratamiento), y en base a variables socioculturales (e.g. apoyo familiar, religión, estatus socioeconómico) [1]. En particular respecto a sus recursos psicológicos está demostrado que los pacientes con IRC tienen disminución en su *capacidad cognitiva intelectual* (respecto a personas sanas en orientación, atención, memoria, solución de problemas intelectuales) [5;6], pero no se ha investigado sobre la *capacidad cognitiva-conductual* (es decir a los pensamientos y emociones expresados en comportamientos observables) y no se sabe si las alteraciones biológicas estructurales y funcionales del paciente con IRC están acompañadas por distorsión psicológica (de tipo emocional, cognitivo y conductual) que podrían influir en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del paciente.

A pesar de que los pacientes con IRC deprimidos tienen el doble de riesgo de morir o ser hospitalizados, menos del 20% de ellos reciben tratamiento farmacológico o psicológico, esto debido a la ausencia de ensayos clínicos controlados que reporten la eficacia, la seguridad y la reducción de la morbi-mortalidad en esta población [7] .

El efecto adverso de los medicamentos en estos pacientes ha generado el interés médico por usar otras estrategias, como la música [8], el ejercicio [9-11], la modificación del tratamiento con hemodiálisis [12;13] y recientemente Terapia Cognitivo Conductual [14]. La Terapia Cognitivo Conductual se considera el estándar de oro para trastornos psicosomáticos en general, en cuya base se encuentra la toma pobre de decisiones, los pensamientos negativos o distorsionados y la baja solución de problemas o el manejo negativo de las emociones [7]. Incluso se ha sugerido el uso generalizado de la TCC en pacientes con IRC en situaciones de emergencia, aplicada por personal no especializado en psicología [15].

# Capítulo 1

## La insuficiencia renal crónica

### **Características de la insuficiencia renal crónica (IRC)**

La insuficiencia renal crónica se define como la disminución progresiva e irreversible de la tasa de filtrado glomerular a menos de 60 ml/min., usualmente por un plazo mayor a tres meses. Esto ocurre como consecuencia de la pérdida permanente de *unidades* de función glomerular y tubular llamadas *nefronas*[16].

La IRC se clasifica en 5 etapas o estadios cuya progresión es compleja y de difícil diagnóstico. Así, la etapa 1 es catalogada como función normal, la 2 como insuficiencia temprana, la 3 como moderada, la 4 como severa y por último la 5 como crónica o terminal, donde la función renal desciende por debajo de 15 ml/min en la tasa de filtrado glomerular o cuando aparecen síntomas derivados de la uremia y es cuando debe iniciarse un tratamiento sustitutivo de la función renal mediante dos opciones: diálisis (hemodiálisis ó diálisis peritoneal) ó trasplante renal [17].

La etiología de la IRC se atribuye a anomalías congénitas, obstrucción al flujo de orina, trastornos vasculares, procesos inmunológicos anormales, trastornos de coagulación, infección, anormalidades bioquímicas y metabólicas, neoplasia y traumatismo, donde cada uno de estos mecanismos puede interactuar con otros para desencadenar la enfermedad. También puede ser consecuencia de diversos trastornos patológicos sistémicos como diabetes, hipertensión y vasculitis. Actualmente se reconoce que la nefropatía diabética, la nefroesclerosis debida a hipertensión arterial y la glomerulonefritis crónica son las causas más frecuentes de IRC [18].

La IRC se considera un síndrome que tiene manifestaciones clínicas complejas y variadas que deteriora muchos órganos y sistemas debido a la pérdida de capacidad funcional de las *nefronas*, con tendencia a empeorar y ser irreversible, impactando

negativamente 4 funciones principales del riñón: a) función depuradora (excreción de los productos metabólicos de desecho, sustancias químicas extrañas, fármacos y metabolitos de hormonas; urea, creatinina, ácido úrico, bilirrubina), b) función de regulación hidro-electrolítica (para mantener la homeostasis, la excreción de agua y electrolitos, la presión arterial) y de equilibrio ácido base (eliminación de ácido sulfúrico y fósforo proveniente del metabolismo de proteínas), c) función de procesamiento hormonal (producción de eritropoyetina para formar glóbulos rojos) y d) función de activación metabólica (v.g. calcitriol, síntesis de glucosa) [19;20].

Aunque en fases iniciales no existen síntomas claros de IRC, progresivamente aparecen graves alteraciones fisiopatológicas, como son: toxicidad urémica, alteraciones hidroelectrolíticas y del equilibrio ácido-base, hiperfosfatemia, hiperparatiroidismo, desnutrición, anemia, osteodistrofia renal, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares, siendo éstas últimas las alteraciones más destacadas asociadas a morbimortalidad en estos pacientes, antes y durante la terapia sustitutiva o en trasplantados [21;22]. En la IRC son frecuentes los factores de riesgo cardiovascular tradicionales como la edad avanzada, hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes y tabaquismo. Por ejemplo, se presentan factores relacionados con la uremia, que explicarían la elevada prevalencia de accidentes cardiovasculares, como la anemia, el metabolismo fosfocálcico alterado, la hipervolemia, el estrés oxidativo, la inflamación, la tendencia protrombótica, hiperactividad simpática e inflamación recurrente y multifactorial asociada a presencia de desnutrición y aterosclerosis [21-25].

Como puede observarse en esta primera parte del análisis, en pacientes con IRC se ha privilegiado el estudio de variables biológicas y bioquímicas (albúmina, eritropoyetina), la frecuencia de la hemodiálisis, el desempeño intelectual [12] o parámetros inmunosupresores [26], y hasta recientemente ha incrementado el interés por explorar variables de tipo psicológico y sociocultural [1-3;14;26-30]. Por ejemplo, en el cuadro 1 se muestra un resumen de la literatura reciente sobre el estudio de la depresión y la ansiedad y otros factores relevantes en pacientes con IRC.

Cuadro 1. Estudios de ansiedad, depresión y otros factores relevantes en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC).

Área de estudio	Autores, año y título	Tipo de estudio	Pacientes	Instrumentos	Maniobra y resultados
Psicopatología de la depresión	Cukor D, et al 2007 Psychosocial aspects of chronic disease: ESRD as a paradigmatic illness. J Am Soc Nephrol.	Revisión	No	No	Los pacientes crónicos con IRC son un grupo ideal para estudiar los efectos del estrés y los factores socio demográficos, susceptible de ser modificados mediante intervenciones cognitivo-conductuales.
	Shidler NR, et al, 1998. Quality of life and psychosocial relationships in patients with chronic renal insufficiency.	Transversal comparativo	50 crónicos, Comparados con otros dos grupos estudiados, iniciales y terminales.	Beck Depression Inventory (BDI)  Illness Effects Questionnaire,  Multidimensional Scale of Social Support  Satisfaction With Life Scale.  Escala Karnofsky de función física.	Se comparó este grupo crónico con uno nuevo y otro más avanzado en la enfermedad. <b>RESULTADO:</b> Los pacientes crónicos NO están deprimidos, perciben pocos efectos negativos de la enfermedad; la satisfacción con la vida y la depresión cognitiva son similares en los tres grupos. En el grupo con IRC <u>hay correlación de la depresión con la calidad de vida y la percepción de la enfermedad, indicando un patrón negativo de respuesta psicológica.</u> El apoyo social no estuvo asociado a ninguna variable, pero fue menor comparado con los pacientes en etapa terminal. <b>CONCLUSIÓN:</b> Los valores medidos están “normales”, pero <u>existe alta percepción de la enfermedad asociada con depresión, baja calidad de vida, incluso en etapas tempranas. El apoyo social podría ser de gran importancia para quienes empiezan en la enfermedad.</u>



Cuadro 1 (Continuación...)

Área de estudio	Autores, año y título	Tipo de estudio	Pacientes	Instrumentos	Maniobra y resultados
Psicopatología de la depresión	Cukor D, Rosenthal DS, Jindal RM, Brown CD, Kimmel PL: Depression is an important contributor to low medication adherence in hemodialyzed patients and transplant recipients. <i>Kidney Int</i> 2009.	Transversal analítico	94 trasplantados y 65 en HD. New York, USA	BDI Medication Therapy Adherence Scale	<b>MANIOBRA:</b> Comparación de variables psicológicas y apego al tratamiento. <b>RESULTADO:</b> Mayor depresión y menor apego médico en el grupo con HD; la varianza en depresión es el único predictor de bajo apego médico, superior en un 12% al género y tipo de tratamiento sustitutivo, tanto en pacientes en HD o trasplantados.
	Cukor D, Coplan J, Brown C, Friedman S, Newville H, Safier M, Spielman LA, Peterson RA, Kimmel PL: Anxiety disorders in adults treated by hemodialysis: a single-center study. <i>Am J Kidney Dis</i> 2008;52:128-136.	Transversal analítico		Entrevista clínica estructurada (DSM-IV) y la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), para ver si predice resultado de la entrevista. <i>Kidney Disease Quality of Life Short Form</i>	<b>MANIOBRA</b> Evaluar el impacto psicológico de la ansiedad sobre pacientes con IRC terminales y su calidad de vida. <b>RESULTADO:</b> El DSM-IV detectó 71% en el Eje I y 46% con trastorno de ansiedad y estado de ánimo. No se obtuvo concordancia entre el DSM-IV y el HADS, por lo cual tiene poder predictor pobre para diagnóstico de ansiedad en pacientes con IRC. Hubo asociación de la ansiedad con baja calidad de vida ( $t=2.4$ ; $p<0.05$ ).

Cuadro 1 (Continuación...)

Área de estudio	Autores, año y título	Tipo de estudio	Pacientes	Instrumentos	Maniobra y resultados
Psicopatología	Hedayati, (2001)	Transversal	374	BDI =>10 DIS (National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Scale)	La depresión, asociada a la IRC (OR 2.9, 1.39-5-99), prediciendo mortalidad sostenida en cualquier etapa de la enfermedad. Escala somática, asociada a uremia.
	Kimmel, PL (2002)				Existe traslape para distinguir entre síntomas de depresión en pacientes crónicos ya adaptados a la enfermedad y el diagnóstico formal. Hay poca información de depresión en pacientes con IRC, diálisis peritoneal y en niños. No está clara la relación de la edad, la raza, el estado civil y la percepción de la calidad de vida. El paciente con IRC se enfrenta a pérdidas en rol familiar y laboral, en su movilidad, en su capacidad física y cognitiva y en su función sexual.
	Boulware, LE, et al (2006)	Transversal	917	Mental Health Index =>52 pts.	La depresión es cambiante en el tiempo; asociada a desenlaces como: muerte de todo tipo, es especial las de tipo cardiovascular y sus concomitantes: raza, educación, tabaquismo, que se agrava ante presencia de comorbilidades o el estado mental de los pacientes.

Cuadro 1 (Continuación...)

Área de estudio	Autores, año y título	Tipo de estudio	Pacientes	Instrumentos	Maniobra y resultados
Función cognitiva	Dahbour SS, et al (2009) Mini mental status examination (MMSE) in stable chronic renal failure patients on hemodialysis: The effects of hemodialysis on the MMSE score. A prospective study. Hemodial Int 2009;13:80-85.	Cohorte analítico	54 en HD Vs grupo control	Mini mental status examination	<b>MANIOBRA:</b> Medición antes y después (2 semanas) de empezar tratamiento con hemodiálisis. <b>RESULTADO:</b> Las puntuaciones antes-después fueron menores en el grupo experimental, especialmente en orientación, memoria y atención, pero no hubo diferencias intra en el antes-después en ningún grupo. Nivel educativo asociado únicamente con pre diálisis. La duración de la HD correlacionó inversamente con la pre diálisis. No hubo relación del estado pre o post, con la edad, duración con la IRC, frecuencia de HD, pérdida de peso, caída en la presión sistólica o diastólica. El grupo de HD puntuó más bajo que el grupo control en la escala del mini-mental.
Aspectos clínico biológicos	Clasificación de la IRC	Guías clínicas	No	K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification	La IRC se clasifica en 5 etapas o estadios cuya progresión es compleja y de difícil diagnóstico. (depuración de creatinina: ml/min/1.73m <sup>2</sup> ) Etapa 1 (normal) >90ml/min Etapa 2 Insuficiencia temprana (60-89 ml/min) Etapa 3 Insuficiencia moderada (30-59 ml/min) Etapa 4 Insuficiencia severa (15-29 ml/min) Etapa 5 Insuficiencia crónica o terminal (<15 ml/min) en la tasa de filtrado glomerular o cuando aparecen síntomas derivados de la uremia y es cuando debe iniciarse un tratamiento sustitutivo de la función renal mediante dos opciones: diálisis (hemodiálisis ó diálisis peritoneal) ó trasplante renal.

Cuadro 1 (Continuación...)

Área de estudio	Autores, año y título	Tipo de estudio	Pacientes	Instrumentos	Maniobra y resultados
Aspectos clínico biológicos	Clasificación de la IRC	Guías clínicas	No	K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification	La IRC se clasifica en 5 etapas o estadios cuya progresión es compleja y de difícil diagnóstico. (depuración de creatinina: ml/min/1.73m <sup>2</sup> ) Etapa 1 (normal) >90ml/min Etapa 2 Insuficiencia temprana (60-89 ml/min) Etapa 3 Insuficiencia moderada (30-59 ml/min) Etapa 4 Insuficiencia severa (15-29 ml/min) Etapa 5 Insuficiencia crónica o terminal (<15 ml/min) en la tasa de filtrado glomerular o cuando aparecen síntomas derivados de la uremia y es cuando debe iniciarse un tratamiento sustitutivo de la función renal mediante dos opciones: diálisis (hemodiálisis ó diálisis peritoneal) ó trasplante renal.
	Etiología de la IRC: Mac Gregor, G. 1997	Teoría. México	No		La IRC puede deberse a anomalías congénitas, obstrucción al flujo de orina, trastornos vasculares, procesos inmunológicos anormales, trastornos de coagulación, infección, anormalidades bioquímicas y metabólicas, neoplasia y traumatismo, donde cada uno de estos mecanismos puede interactuar con otros para desencadenar la enfermedad. También puede ser consecuencia de diversos trastornos patológicos sistémicos como diabetes, hipertensión, vasculitis, etc. Actualmente se reconoce que la nefropatía diabética, la nefroesclerosis debida a hipertensión arterial y la glomerulonefritis crónica son las causas más frecuentes de IRC.

Cuadro 1 (Continuación...)

Área de estudio	Autores, año y título	Tipo de estudio	Pacientes	Instrumentos	Maniobra y resultados
Aspectos clínico biológicos	<b>Complicaciones de la IRC</b>				
	<p>García M: 1996 Insuficiencia renal crónica; in Moyba - Mosby (ed): Medicina interna</p> <p>Guyton A, Hall J: (1997) Formación de la orina en los riñones: I. Filtración glomerular, riego sanguíneo renal y su regulación.; Mc Graw-Hill Interamericana (ed): Tratado de fisiología médica.</p>				
	<b>Otras Complicaciones fisiopatológicas de la IRC</b>				
	<p>Merino A, Nogueras S, Buendia P, Ojeda R, Carracedo J, Ramirez-Chamond R, Martin-Malo A, Aljama P: Microinflammation and endothelial damage in hemodialysis. Contrib Nephrol 2008;161:83-88.</p>			<p>Progresivamente aparecen:</p> <p>Toxicidad urémica, alteraciones hidroelectrolíticas y del equilibrio ácido-base, hiperfosfatemia, hiperparatiroidismo, desnutrición, anemia, osteodistrofia renal, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares, siendo éstas últimas las que presentan mayor morbimortalidad, que interactúan con: edad avanzada, HTA, dislipidemia, diabetes y tabaquismo y uremia, anemia, estrés oxidativo, inflamación, metabolismo fosfocálcico alterado, hiperactividad simpática, desnutrición y aterosclerosis.</p>	
	<p>Methe H, Weis M: Atherogenesis and inflammation--was Virchow right? Nephrol Dial Transplant 2007;22:1823-1827.</p> <p>Davignon J, Ganz P: Role of endothelial dysfunction in atherosclerosis. Circulation 2004;109:III27-III32.</p>				
	<p>Ross R: Atherosclerosis--an inflammatory disease. N Engl J Med 1999;340:115-126.</p> <p>Stenvinkel P: Endothelial dysfunction and inflammation-is there a link? Nephrol Dial Transplant 2001;16:1968-1971.</p>				

Cuadro 1 (Continuación...)

Área de estudio	Autores, año y título	Tipo de estudio	Pacientes	Instrumentos	Maniobra y resultados
Intervención psicológica de la IRC	Dervisoglu, E (2008)	Transversal	31	BDI =>17	No encontró diferencias significativas en edad, género, tabaquismo, IMC, niveles de hemoglobina, eritropoyetina o sensibilidad a la C-reactiva. Tampoco hubo asociación con comorbilidades como la hipertensión, la aterosclerosis, fallas cardíacas, pulmonares o hepatitis.
	Duarte, PS (2009)	Longitudinal. Terapia Cognitivo conductual	41 vs 44 LB, 3 y 9 meses seguimiento.	BDI ≥16 Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Kidney Disease and Quality of Life-Short Form	Se aplicó terapia C-C por un experto, durante 12 semanas, comparada contra el tratamiento habitual. Se disminuyó la depresión en un 25%
	Chen, (2008)	Longitudinal Terapia Cognitivo conductual			TCC (4 semanas). Trastorno del sueño en pacientes con diálisis peritoneal. (Percepción subjetiva, alteración diurna, severidad de fatiga).

Cuadro 1 (Continuación...)

Área de estudio	Autores, año y título	Tipo de estudio	Pacientes	Instrumentos	Maniobra y resultados
Otras terapias	Fava, 1998, 1999	Longitudinal	IRC	No	La terapia de bienestar usa a la reestructuración cognitiva y se basa en un modelo cognitivo-educacional. Tiene un enfoque psico-dinámico con énfasis en la auto-observación, diarios de auto-registro y la interacción con el terapeuta.
Epidemiología de la depresión y la ansiedad	Kimmel, P (2005).	Transversal	IRC		La prevalencia de la depresión oscila entre 5 y 10%, pero es mucho mayor en niveles leves o moderados. La depresión afecta desenlaces médicos (apego, tratamiento sustitutivo, uso de medicamentos, el estado nutricional e incluso modificar la respuesta inmunológica) y está asociada a calidad de vida y número de comorbilidades.
	Warnick, S (2003)	Multicéntrico, transversal	123	BDI	Regresión logística: La raza blanca y la calidad de vida predicen depresión en pacientes de reciente IRC. Solo 13% reciben tratamiento para depresión, comparado con 25% que tienen depresión mediana y severa.
	Szeifert, L (2010)		854 trasplantados y 176 en lista de espera.	CES-D igual o mayor de 18. Center of Epidemiologic Studies Depression Scale.	Prevalencia de depresión mayor: 33% lista de espera, y de 22% en trasplantados. Análisis multivariado: Número de comorbilidades, tasa de filtración glomerular, situación financiera y estado civil predicen depresión.

## Capítulo 2

# Depresión y ansiedad en la insuficiencia renal crónica

### **Depresión y ansiedad: aspectos generales**

La depresión se define como un estado emocional caracterizado por gran tristeza y aprensión, sentimientos de minusvalía, culpa, aislamiento de los demás, pérdida del sueño, apetito, deseo sexual, o el interés y placer por las actividades usuales [31]. Es también un síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y de la autoestima, con manifestaciones afectivas, ideativas, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras, con serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño social-ocupacional [32].

Coloquial o popularmente, la depresión puede referirse a un estado personal subjetivo (“sentirse bajo” de ánimo, mal humor, abrumado; “atrapado” por un futuro incierto, un presente inmóvil; “sin interés”, aburrido). También puede referirse a una reacción ante algo que “me deprime”; una situación, evento o persona puede “deprimirnos” o resultarnos “deprimentes”. Clínicamente se habla de depresión para señalar patrones definitorios en cuatro tipos: síntomas afectivos (humor bajo, tristeza, desánimo), síntomas cognitivos (pensamientos negativos de sí, del mundo y del futuro, baja auto-estima, desesperanza, remordimiento), síntomas conductuales (retirada de actividades sociales, reducción de conductas habituales, lentitud al andar y al hablar, agitación motora, actitud desganada) y síntomas físicos (relativos al apetito, al sueño y, en general, a la falta de «energía», así como otras molestias). En consecuencia, la depresión vendría dada por diferentes síntomas, de modo que una persona podría estar deprimida de manera diferente a otra, según la preponderancia de uno u otro patrón [33].



Para diagnosticar un estado depresivo mayor, al menos 5 de los siguientes 9 síntomas deben estar presentes por lo menos durante dos semanas y debe incluir al menos uno de los dos primeros [34]: Estado de ánimo deprimido, pérdida de interés, ganancia o pérdida significativa de peso, insomnio o hipersomnias, agitación o retardo psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de poca valía o culpa excesiva, dificultades para concentrarse y tomar decisiones, así como pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida. Esto sugiere que debería hablarse de “depresiones”, más que de “depresión”, debido a la multiplicidad de situaciones, eventos, personas, cosas o animales, que pueden desencadenar o estar asociadas a depresión en una misma persona e incluso de un momento a otro.

### **Estudios sobre depresión en pacientes con IRC**

Se ha explorado la asociación de diversas variables clínicas asociadas a la depresión. Por ejemplo, aunado a la escasa información de la depresión en pacientes con hemodiálisis (HD) y diálisis peritoneal (DP) y en niños, existe un traslape confuso entre los síntomas depresivos crónicos de tipo adaptativo y el diagnóstico formal de la depresión severa, así como el papel que tienen la edad, la raza, el estado civil y la percepción de calidad de vida. Por si fuera poco, se añaden pérdidas en la función sexual, el rol familiar y laboral, la movilidad y capacidad física y cognitiva, que finalmente afectan el acceso y uso de los servicios médicos, el abandono de tratamientos, el uso de fármacos, el estado nutricional y la influencia en la función inmune de estos pacientes [35-40].

Siendo la depresión un constructo cambiante en el tiempo, se ha reportado asociación fuerte de la depresión mayor seguida longitudinalmente, con causas de muerte de todo tipo, en especial las relacionadas con enfermedad tipo cardiovascular (raza, educación, tabaquismo) y con el agravamiento de comorbilidades o el estado mental de los pacientes [41].

Por otro lado, estudios recientes [36;42] reportan resultados contradictorios respecto a la falta de asociación de síntomas de depresión con variables como citocinas inflamatorias, la edad, género, tabaquismo, índice de masa corporal, hemoglobina, uso de eritropoyetina, sensibilidad a la proteína C-reactiva, hipertensión, o comorbilidades como la hipertensión, la enfermedad esclerótica y hepatitis.

## **Epidemiología de la depresión**

La prevalencia de depresión severa en pacientes con IRC oscila entre 5 y 30% [3;36;38;43] pero el grupo con sintomatología leve y moderada es mucho mayor, sugiriendo la importancia de enfocarse en conocer sus factores de riesgo y explorar alternativas de tratamiento específicos [38], ya que solo un 13% de ellos reciben atención psicológica para los síntomas depresivos [44].

Al comparar pacientes que están en lista de espera contra trasplantados, se reporta una prevalencia de depresión mayor en 33% de los pacientes en lista de espera y de 22% en trasplantados, mientras que la depresión puede ser predicha por el número de comorbilidades, la tasa de filtración glomerular, la situación financiera y el estado civil [45].

En México la depresión es un problema común y una de las primeras causas de años de vida perdidos [46] y los cuadros depresivos se han convertido en una de las dos principales causas de consulta de salud mental. El peso o costo de la depresión como causa de malestar y sufrimiento, días laborales perdidos e interferencia con el funcionamiento familiar e interpersonal es sumamente alto, además de los costos directos de su tratamiento [47].

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica proporcionó las primeras estimaciones nacionales de la prevalencia de los trastornos mentales. Se estimó que 8.4% de la población ha sufrido un episodio de depresión mayor alguna vez en la vida con una mediana de edad de inicio de 24 años. Excluyendo el trastorno bipolar, el 2.4 % de las mujeres mexicanas tienen al menos un episodio de depresión mayor en etapas tempranas y el 6.7% de ellas lo sufren en etapa adulta. Por su parte, 1% de los hombres mexicanos desarrollan un episodio depresivo mayor en etapas tempranas y solo un 2.9% en edad adulta[48]. Otros autores [49] reportan prevalencias de depresión general en México, del 4.5% al 5.8% en mujeres y del 2.5% en hombres, que aumenta con la edad y disminuye con la escolaridad, siendo más alta en zonas rurales para la población masculina.

## **Ansiedad**

Desde orígenes muy remotos, la ansiedad es parte de la condición humana, quizá por ello los médicos de la antigüedad la omitían de la lista de enfermedades mentales, pero en cambio tenían palabras para definir a la manía, la melancolía, la histeria y la paranoia. El término ansiedad se incorporó al léxico médico de las enfermedades mentales a inicios del siglo XVIII, significando el establecimiento de una distinción entre las reacciones normales de la gente tras eventos como un fracaso sentimental o problemas económicos y el carácter excesivo de la reacción de otras personas que atravesaban situaciones de vida parecidas [50].

La ansiedad es una sensación común que fluctúa a lo largo de toda la vida; cuando se presenta en dosis moderadas puede facilitar el rendimiento, incrementar la motivación para actuar, impulsar a enfrentarse a una situación amenazadora y mantener alerta a la persona cuando habla en público. Cuando se alcanzan niveles exagerados, la ansiedad por el contrario impide enfrentarse a la situación, paraliza y trastoca la vida diaria. La ansiedad está relacionada con la estructura biológica y las experiencias vitales del individuo. A veces existen tendencias hereditarias, pero el aprendizaje juega el papel decisivo. Cuando la ansiedad es excesiva se produce un trastorno de ansiedad. Diferentes situaciones provocan diferentes grados de ansiedad; la amenaza y el peligro o los exámenes académicos son situaciones ansiógenas, pero cada persona reacciona diferencial y específicamente ante ellas [51].

En personas vulnerables, la ansiedad es desencadenada por factores estresantes físicos y psicológicos [52]. Por ejemplo, desde la perspectiva del modelo cognitivo de ansiedad existen cinco factores que pueden predisponer o establecer la vulnerabilidad y la propensión a la ansiedad y a los trastornos relacionados: a) herencia genética; b) enfermedades somáticas; c) traumas psicológicos; d) ausencia de mecanismos de afrontamiento, y e) pensamientos, creencias, supuestos y procesamientos cognitivos distorsionados [53].

En ese sentido, se sabe que las emociones desempeñan una enorme función en nuestra vida cotidiana, y pueden contribuir de maneras importantes al desarrollo de la psicopatología [54].

Adicionalmente, está bien establecido que el sistema cognitivo desempeña una misión vital y esencial en la evaluación del peligro y de los recursos y en la activación de los sistemas fisiológico, motivacional, afectivo y conductual. Como un ejemplo, los pensamientos automáticos y los esquemas podrían ser específicos de un trastorno y, entre las personas con ansiedad, reflejan temas de amenaza y peligro. Debido a lo anterior, no es de extrañar que, en las situaciones propicias, las personas con trastornos de ansiedad tienden a activar los esquemas de peligro o amenaza, con los que criban de forma selectiva los estímulos indicadores de peligro y desechan los estímulos incompatibles con él, además de incrementar las probabilidades de cometer errores sistemáticos al procesar la información, como por ejemplo, a través del catastrofismo, la abstracción selectiva, el pensamiento dicotómico y la extracción de inferencias arbitrarias [53].

### **Epidemiología de la ansiedad**

La ansiedad en Estados Unidos de Norteamérica tiene una prevalencia del 2 al 5% en la población general y del 7 al 16% en pacientes psiquiátricos, con mayor frecuencia en mujeres y siendo superior en grupos socioeconómicos bajos [55]. Otros investigadores sitúan la ansiedad en población general mexicana pobre alrededor del 7% en hombres y 15% en mujeres [56].

# Capítulo 3

## Distorsión cognitiva

### Aspectos generales de las distorsiones asociadas a enfermedades crónicas

Las distorsiones cognitivas fueron originalmente definidas como el resultado de procesar la información de tal manera que se producen errores identificables del pensamiento [57]. En el contexto de la IRC, proponemos que conocer estas distorsiones cognitivas podría ser importante porque los pacientes con estos problemas son más vulnerables ante los factores estresantes que enfrentan por su enfermedad. Esta *vulnerabilidad cognitiva* [58] haría más propensos a los pacientes a comportamientos inadecuados (como el abandono del tratamiento) que les traería consecuencias negativas físicas (deterioro en su salud), mentales (e.g. depresión, ansiedad) y sociales (e.g. pérdida de apoyo social o de independencia funcional).

Algunas de las variables de distorsión cognitiva que se han estudiado son: *catastrofismo* (pensar en las peores consecuencias posibles que ocurrirán u ocurrieron), *pensamiento dicotómico* (tendencia a incluir todas las experiencias en una de dos formas: bueno o malo, negativo o positivo), *auto-valorización externa* (desarrollo y mantenimiento de la valía personal basada exclusivamente en opiniones externas), *auto-etiquetización negativa* (proceso de auto-imponerse nombres peyorativos) y *perfeccionismo* (tendencia a vivir regido por una idea interna o externa de “lo perfecto”, sin fijarse en lo razonable o no de ese estándar, frecuentemente para evitar una supuesta experiencia de fracaso) [57]. Algunas de estas variables de distorsión cognitiva han sido exploradas en patologías no renales como la diabetes mellitus o la hipertensión[57], dolor crónico de diversas etiologías [57;59;60], asma [57;61], y la eficacia del medicamento analgésico durante la cardioversión auricular [62].

El *catastrofismo* se ha evaluado principalmente en el tema del dolor, ya sea en el dolor crónico de etiología diversa [59;60;63] o el dolor agudo causado por cardioversión auricular[62]. La tendencia a pensamientos catastróficos se ha asociado con hipersensibilidad al dolor [59;62], menor capacidad de manejo por parte del paciente [59;60;63] y menor probabilidad de aceptación de tratamiento debido a la eficacia reducida del analgésico [62]. En los pacientes con asma persistente moderada, el catastrofismo también está asociado a hipersensibilidad a los síntomas durante las crisis de asma y la inhabilidad para el manejo de los mismos [61]. Aunque desconocemos el efecto del catastrofismo en la IRC, suponemos que podría predisponer a los pacientes a hipersensibilidad y respuestas inadecuadas ante los síntomas de eventos adversos como la hipotensión durante la hemodiálisis. Por otro lado, en el caso de enfermedades crónicas el *perfeccionismo* se ha evaluado sólo en pacientes adolescentes de diversas patologías (como diabetes e hipertensión), en quienes el perfeccionismo resultó asociado a mayores niveles de depresión en estos jóvenes, particularmente los de raza africano-americana que los de raza caucásica [57]. Desconocemos qué consecuencias tendría el perfeccionismo en el paciente con IRC, pero por el riesgo mayor a padecer depresión en estos pacientes, el perfeccionismo resulta al menos un elemento importante de intervención para el tratamiento y prevención de la depresión. El *pensamiento dicotómico* también se ha asociado a una mayor probabilidad de padecer depresión y a tener una recaída en los pacientes que reciben terapia cognitivo-conductual contra la depresión [64], pero tampoco se conoce el posible efecto de esta distorsión cognitiva en los pacientes con IRC. Finalmente, no se han encontrado investigaciones en patologías crónicas o agudas del efecto de las distorsiones cognitivas *auto-valorización externa* y *auto-etiquetización negativa*. Sin embargo, proponemos que los pacientes que son muy dependientes de las evaluaciones externas respecto a su valía personal tendrían mayores dificultades para tomar decisiones importantes como la pertinencia y elección de una intervención o tratamiento particular. Asimismo, la auto-etiquetización negativa creemos que tendría un gran impacto al disminuir la probabilidad de que el paciente con IRC busque atención oportuna y adecuada para resolver sus necesidades de salud (e.g. la petición de ayuda ante el personal médico y de enfermería), así como sus necesidades sociales y familiares (e.g. la búsqueda de apoyo social). Esta relación tendría implicaciones importantes porque

se ha observado que el apoyo social es un factor asociado a la calidad de vida de los pacientes [1].

### **Evaluación de la ansiedad, la depresión y los constructos cognitivos relacionados**

Se ha insistido en la necesidad de contar con herramientas diseñadas especialmente para evaluar aspectos dimensionales y categorías asociadas a depresión y ansiedad, por ejemplo las distorsiones cognitivas [65], lo que podría aclarar y distinguir a los trastornos del ánimo frente al trastorno depresivo de personalidad [66].

En términos generales existen dos formas de evaluar la depresión y la ansiedad: 1) instrumentos de diagnóstico y 2) instrumentos de severidad de sintomatología. Los instrumentos para establecer diagnósticos de trastornos de ansiedad o del estado del ánimo (como la depresión) se tratan en su mayoría de entrevistas altamente estructuradas o semi-estructuradas basadas en los criterios propuestos por alguna de las clasificaciones de trastornos mentales disponibles a la fecha, léase DSM-IV-TR, (Manual Estadístico de Trastornos Texto Revisado, por sus siglas en inglés) de la Asociación Psiquiátrica Americana, o la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades), de la Organización Mundial de la Salud.

Por su parte, los instrumentos de evaluación de severidad de sintomatología son generalmente medidas de auto-informe que evalúan la gravedad con que se presentan síntomas sea de ansiedad o de depresión. Los más empleados desde la perspectiva cognitivo conductual que nos ocupa son los inventarios de depresión y de ansiedad de Beck [67;68], quien además diseñó medidas para evaluar los constructos cognitivos asociados tales como las distorsiones cognitivas (pensamientos automáticos y actitudes disfuncionales). Con estos instrumentos es posible determinar si el cambio en tales cogniciones impacta en la reducción de la sintomatología depresiva y ansiosa.

# Capítulo 4

## El modelo cognitivo-conductual y su estrategia de intervención

### **Aproximación cognitivo-conductual**

El enfoque cognitivo-conductual plantea que la psicopatología proviene de la interacción compleja de factores como prácticas de crianza, destrezas de afrontamiento del estrés, creencias y convicciones adaptativas destinadas a preservar el equilibrio organizado del individuo, sus habilidades de autocontrol emocional y sus estrategias de planeación e instrumentación en la solución de problemas [47]. Típicamente, durante la intervención cognitivo-conductual, se enfatiza la función del pensamiento en la etiología y conservación de los problemas que intentan modificar los patrones de pensamiento que se cree contribuyen a los problemas de un paciente y pudiera utilizar los principios del condicionamiento y el aprendizaje para modificar comportamientos problemáticos [69].

El modelo cognitivo-conductual analiza estados estresantes tales como la depresión, la ansiedad, el enojo, que frecuentemente son desencadenados o mantenidos por formas exageradas o tergiversadas de pensamiento o por comportamientos visibles estereotipados o disfuncionales. El terapeuta comúnmente ayuda al paciente a reconocer sus pensamientos y emociones distorsionadas, entrenándole para que los modifique mediante las evidencias y la lógica (técnicas cognitivas) y adicionalmente le instruye y acompaña en la *reingeniería* de su comportamiento con técnicas tales como: programar actividades, tareas escalonadas y predicción de eventos placenteros y displacenteros [70]. La técnica cognitiva básica consiste entonces en detectar y describir las concepciones, distorsiones y presupuestos mal adaptados del individuo, para probar su validez y su racionalidad [71], en el supuesto de que tales procesos cognitivos intervienen en las diversas representaciones del mundo, mediante mecanismos transformacionales, la



atención selectiva, el almacenamiento completo o parcial en la memoria o modificaciones de las representaciones preexistentes [72].

Mediante el modelo cognitivo-conductual, es posible analizar e intervenir procesos disfuncionales del paciente abarcando factores antecedentes, presentes y consecuentes de tipo conductual, afectivo, cognitivo, biológico y socio-ético-culturales, para lo cual se utilizan técnicas altamente efectivas como: resolución de problemas, toma de decisiones, ensayos conductuales, modelamiento, confrontación abierta, uso de diagramas e interpretación de roles[34]. Este modelo tiene un notable éxito en la identificación, evaluación y modificación de pensamientos y creencias disfuncionales con la inclusión de intervenciones conductuales diseñadas para mejorar los síntomas psicológicos [73;74], al tiempo que abarca un marco clínico experimental e incorpora una amplia definición de conducta que incluye acciones abiertas, fenómenos cognitivos internos y la experiencia de afecto o emociones [34].

El mecanismo principal para el funcionamiento exitoso de este modelo parte de la noción de que el paciente ha adquirido patrones de reacción desadaptados y que por lo tanto estos pueden ser desaprendidos [71]. Al enfatizar la función del pensamiento en la etiología y mantenimiento de los problemas, éste modelo busca modificar o alterar patrones de pensamiento que se cree que contribuyen a los problemas del paciente [69], aspecto que indica que ésta aproximación está diseñada para modificar la ideación idiosincrática y mal adaptada del individuo.

La TCC se ha usado para intervenir diversas morbilidades psicológicas, como el trastorno del sueño en pacientes con diálisis peritoneal[75], la ingesta de fluidos[76], la depresión[7;26;77] y otras enfermedades crónicas[78].

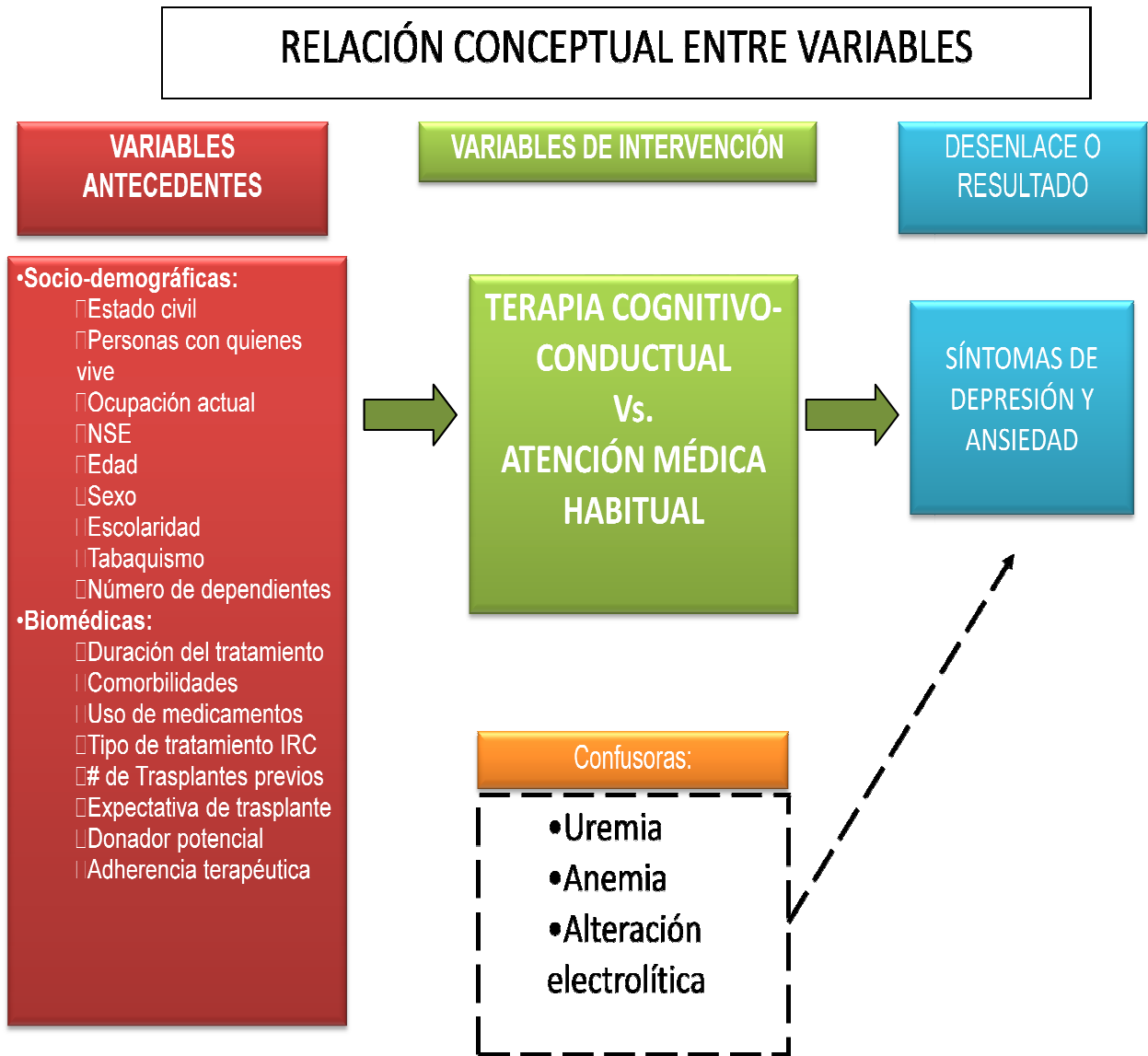
Una de las ventanas de oportunidad para la TCC consiste en apoyar a los médicos especialistas en el afrontamiento de uno de los problemas más recurrentes en pacientes con IRC, que es el bajo o nulo apego a diversos tratamientos. Por ejemplo, se sabe que los pacientes con bajo apego al tratamiento controlado de consumo de líquidos perciben menos el paso del tiempo y las consecuencias negativas, comparados con aquellos con alta percepción y alto apego [43]. Similarmente, al comparar pacientes trasplantados contra hemodializados, éstos últimos resultaron estar más deprimidos, pero éste factor predecía menor adherencia a la ingesta de medicamentos, sin importar género, en ambos tipos de tratamiento (trasplante o hemodiálisis) [3].

Se ha sugerido el tratamiento independiente de variables cognitivas (ansiedad, depresión o catastrofismo, por ejemplo) [61;79] para comprender mejor a los pacientes con IRC, quienes reciben complejos tratamientos farmacológicos ya que menos del 13% reciben atención psicológica y el enfoque lo reciben especialmente aquellos con niveles severos de dichas variables psicológicas.

En consecuencia, no es de extrañar que recientemente se ha enfatizado la necesidad urgente de otras opciones estratégicas (breves, sistemáticas y grupales, como sería la TCC) para mejorar el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de los trastornos de ansiedad y depresión en pacientes con IRC y al mismo tiempo para incrementar su calidad de vida y los desenlaces médicos [4;30;45;77;80].

Se requiere el estudio y comprensión de mecanismos y antecedentes clínicos y psicológicos que subyacen a la presencia de síntomas de depresión y la ansiedad en pacientes con IRC y que impactan directamente su apego al tratamiento, ya sea por efectos adversos e interacción de los medicamentos [26], por representaciones distorsionadas de la enfermedad [43], por abandono de la medicamentación [3] o por violación a las restricciones al consumo de líquidos [81], por lo cual toda la evidencia sugiere la efectividad y factibilidad de usar intervenciones de tipo cognitivo conductual, especialmente si se explora en pacientes con niveles leves y moderados de ansiedad y depresión [38;75;82-84].

La figura 1 muestra las relaciones entre las variables para este estudio. Las variables socio-demográficas y las biomédicas funcionan como elementos contextuales y antecedentes que interactúan con la condición clínica de la enfermedad, para la conformación de los síntomas de ansiedad y depresión en el paciente con IRC. Las variables de intervención son la ICC y la atención médica convencional. Las variables de resultado son los síntomas de depresión y de ansiedad.



**Figura 1:** Mapa conceptual de la relación entre las variables del estudio.  
 NSE = Nivel Socio Económico, IRC = Insuficiencia Renal Crónica, # = Número

## **Justificación del estudio**

Los pacientes con IRC desarrollan alteraciones biológicas que con frecuencia son acompañadas por distorsión psicológica emocional, cognitiva y conductual. Los trastornos de ansiedad y depresión son las psicopatologías más comunes, y tienen efectos adversos importantes [1-4]. Por ejemplo, la depresión está asociada a mayor percepción negativa de la enfermedad y menor calidad de vida en los pacientes (aun en etapas tempranas de la enfermedad) [2], menor apego al tratamiento y mayor morbilidad y mortalidad [3]. El porcentaje de pacientes con IRC que reciben atención psicológica es muy bajo y generalmente se enfoca en pacientes con síntomas de ansiedad y depresión severos. La eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual se ha demostrado en pacientes con síntomas severos de ansiedad y depresión, pero su duración es larga y costosa. Se necesita conocer la eficacia de una intervención cognitivo conductual breve para disminuir síntomas leves a moderados de ansiedad y depresión en estos pacientes.

## **Planteamiento del problema de investigación**

La intervención de la IRC enfatiza el estudio y conocimiento de aspectos biológicos, pero no los de tipo cognitivo y emocional, aún cuando el clínico hace frecuentes observaciones anecdóticas respecto a cómo éste elemento está “presente” en los pacientes. A nivel nacional, latinoamericano y mundial es imprescindible conocer las características psicológicas (emocionales y conductuales) asociadas a distorsión cognitiva, síntomas de depresión y ansiedad de estos pacientes, con el objetivo de impulsar, apoyar y complementar los esfuerzos médicos actuales con apoyo psicológico que favorezca su diagnóstico, tratamiento, pronóstico y eventual recuperación. Los resultados terapéuticos desfavorables podrían explicarse debido a que inicialmente no se evalúan ni se toman en cuenta variables psicológicas (por ejemplo, ansiedad y depresión) y su asociación con la distorsión cognitiva que probablemente influyan en la resistencia al tratamiento sustitutivo con hemodiálisis o diálisis peritoneal.

## **Pregunta de investigación**

¿Qué es más efectivo para disminuir los síntomas de depresión y ansiedad en adultos con IRC en etapa terminal: la ICC agregada a la atención médica convencional o la atención médica convencional en forma aislada?

## **Hipótesis general de trabajo**

Los síntomas de depresión y de ansiedad disminuirán al menos 25% con relación al puntaje basal, en los pacientes con IRC en etapa terminal que reciban ICC específica conformada por aplicación de técnicas de reestructuración cognitiva, relajación y respiración profunda y el auto-reforzamiento positivo, contra una disminución de 5% del nivel de depresión y ansiedad con relación al puntaje basal en el grupo control[14].

## **Objetivo general**

Determinar la efectividad de la ICC agregada a la atención médica convencional comparada con la atención médica convencional en forma aislada para disminuir los síntomas de depresión y ansiedad en adultos con IRC en etapa terminal.

## **Objetivos Específicos**

### *Primarios*

1. Determinar el nivel de depresión basal y final en el grupo de intervención y en el grupo control mediante la Escala de de Depresión II de Beck.
2. Determinar el nivel de ansiedad basal y final en el grupo de intervención y en el grupo control mediante la Escala de de Ansiedad de Beck.
3. Calcular la magnitud del efecto por grupo, reducción absoluta del riesgo, reducción relativa del riesgo, riesgo relativo y número necesario a tratar.

### *Secundarios*

1. Desarrollar y validar, mediante la Técnica de Redes Semánticas Naturales Modificada, un instrumento específico para evaluar distorsión cognitiva en pacientes con IRC en etapa terminal.
2. Identificar distorsiones cognitivas predominantes en pacientes con IRC mediante un instrumento específico válido y confiable.
3. Identificar los factores asociados a la presencia de depresión y ansiedad en pacientes con IRC en etapa terminal.
4. Diseñar y aplicar una ICC específica para disminuir la depresión y la ansiedad en pacientes con IRC en etapa terminal, que esté conformada por técnicas de reestructuración cognitiva, relajación y respiración profunda y el auto-reforzamiento positivo, que sea breve, sistemática y reproducible.

# Capítulo 5

## Metodología

Este estudio se efectuó en 4 fases (A, B, C y D) distribuidas en cuatro etapas (I a IV). Para facilitar su visualización de manera general, se ha incluido un cuadro en la parte final (Anexo 14), que describe resumida, ordenada y esquemáticamente toda la información.

La Fase A consistió en el diseño y validación de un instrumento específico para la evaluación de distorsiones cognitivas en pacientes renales en etapa terminal. Para ello, se levantó una muestra por conveniencia piloto de 21 pacientes y posteriormente una de 255 pacientes con IRC provenientes de 4 centros de salud y 3 ciudades diferentes, para efectuar un análisis de confiabilidad y otro de tipo factorial.

La Fase B se efectuó en dos partes: Ambas partes requirieron de una nueva muestra de 152 pacientes. La primera parte consistió en identificar distorsiones cognitivas predominantes mediante el instrumento recién validado. La segunda parte buscó identificar factores asociados a la presencia de depresión y ansiedad en pacientes con IRC en etapa terminal, mediante un análisis de regresión logística.

La Fase C también consistió en dos partes: a) Diseño de manuales para el paciente y el terapeuta y b) la aplicación de una ICC específica para disminuir la depresión y la ansiedad en una muestra de 60 pacientes con IRC en etapa terminal, distribuidos aleatoriamente en dos grupos (intervención y control). Al grupo de intervención, -además de recibir su atención médica habitual-, se le aplicaron técnicas de reestructuración cognitiva, relajación y respiración profunda y el auto-reforzamiento positivo. Al grupo control se le mantuvo en “lista de espera” y continuó recibiendo su atención médica habitual.

Con los datos provenientes de la Fase C, se efectuaron cálculos estadísticos para determinar medidas de efecto de la intervención cognitivo-conductual, comparada contra la atención médica habitual (Fase D).

**Población Objetivo:** Pacientes con IRC bajo tratamiento sustitutivo de la función renal.

**Duración total:** 24 meses

**Diseño del estudio:** Se describirá en cada una de las etapas

**Descripción metodológica de las fases y etapas:** Los detalles específicos para cada fase y etapa del estudio se describen ampliamente en la sección de procedimientos.

**Fase A:** Desarrollar y validar un instrumento específico e identificar factores asociados a depresión y ansiedad (Etapas I y II).

**Etapas I.** Elaboración y validación de un instrumento específico para evaluar distorsiones cognitivas (DISCOG) en pacientes con IRC en etapa terminal.

- a. **Tiempo y lugar.** Se efectuó entre agosto del 2009 y julio del año 2010 en cuatro centros de salud de 3 ciudades: Pachuca, Hgo. (IMSS), Cuernavaca, Mor. (*Fresenius Medical Care*) y México, D.F. (Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez” y Centro Integral de Nefrología (CEIN)).
- b. **Diseño.** Se utilizó la Técnica de Redes Semánticas Naturales Modificada.
- c. **Criterios de selección de la muestra.** Pacientes ambulatorios por disponibilidad (n=255) con edades entre 17 y 89 años, ambos sexos, alfabetos.
- d. **Muestreo y tamaño de muestra.** 255 pacientes consecutivos (*Fresenius Medical Care* Cuernavaca=100; Instituto Nacional de Cardiología = 53; Instituto Mexicano del Seguro Social (Pachuca, Hgo.), = 38; y Centro Integral de Nefrología (CEIN) = 64.
- e. **Análisis estadístico.** Se siguieron los procedimientos propuestos por Reyes Lagunes[85] para la elaboración del cuestionario y para la validación. Se usó la prueba t de student para comprobar la capacidad de discriminación de los reactivos, se elaboraron tablas cruzadas para evaluar direccionalidad de los mismos, se probó la confiabilidad interna del instrumento mediante Alfa de Cronbach, se efectuó prueba correlacional entre reactivos y se continuó con un análisis factorial de componentes principales ortogonal bajo el método Varimax para obtener la matriz de cargas factoriales correspondiente a cada elemento resultante.

**Etapa II.** Tamiz para determinar comportamiento de la población de interés, mediante la identificación de la prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad, la calidad de vida y las distorsiones cognitivas, y la identificación de factores asociados a la presencia de depresión y ansiedad en pacientes con IRC en etapa terminal.

**Primera parte:** Identificación de la prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad, calidad de vida y distorsiones cognitivas.

- a. Tiempo y lugar.** Se efectuó entre agosto del 2010 y agosto del 2011 en las Unidades de Hemodiálisis del Instituto Nacional de Cardiología y el Centro Integral de Nefrología CEIN.
- b. Diseño.** Encuesta transversal
- c. Criterios de selección de la muestra.** Pacientes ambulatorios por disponibilidad con edades entre 15 y 80 años, ambos sexos, alfabetos.
- d. Muestreo y tamaño de muestra.** 152 pacientes consecutivos del Instituto Nacional de Cardiología = 82 y del Centro Integral de Nefrología (CEIN) = 70.
- e. Análisis estadístico.** Para las variables socio demográficas se calcularon frecuencias y porcentajes, y para las cuantitativas se calcularon las medias con su respectiva desviación estándar, después de comprobar la distribución de la muestra; se determinó la severidad de los síntomas de depresión y ansiedad mediante los puntos de corte procedentes de cada instrumento, en su caso.
- f. Instrumentos.** Para medir síntomas de depresión y ansiedad se usaron los respectivos instrumentos de Beck. Para medir calidad de vida, el PECVEC (Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos) y para distorsión cognitiva se usó el DISCOG recién validado. Las características se describen a continuación:

f.1. *Evaluación de severidad de ansiedad y depresión:* El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) [68] consta de 21 reactivos que miden los síntomas de ansiedad en las dos semanas previas a la toma de datos. El Inventario de depresión de Beck (BDI) [67] está diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años. Se integra de 21 reactivos con cuatro opciones de respuesta, ordenadas de menor a mayor gravedad, excepto en dos reactivos donde son 6 y 8 opciones de respuesta, eligiendo la que mejor describe a la 3 persona en las últimas dos semanas, para evaluar estado de ánimo, sentimientos de fracaso, culpa, castigo, libido, impulsos suicidas, sueño, imagen corporal, aislamiento social, apetito, entre otros temas; su puntuación fluctúa de 0 a 63 puntos. Cada instrumento tiene dos sub-escalas, la *somática* y la *cognitiva*, respectivamente. Ambos instrumentos evalúan la severidad de los síntomas en adultos y adolescentes con edad mínima de 13 años las 2 semanas previas incluyendo el día de la aplicación.



f.2. *El Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos*, (PECVEC) fue desarrollado por Fernández, Siegrist y cols[86] y mide la calidad de vida relacionada con la salud. Consta de: 1) Un módulo central que consta de 40 reactivos genéricos que miden problemas comunes a todo tipo de paciente crónico. Los 40 reactivos están distribuidos en 6 sub-escalas o dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud, mediante valoraciones subjetivas de los aspectos físicos, psíquicos y sociales, tanto de las capacidades de actuación como del bienestar: 1) Función física (8 reactivos), 2) Función Psicológica (8 reactivos), 3) Estado de ánimo positivo (5 reactivos), 4) Estado de ánimo negativo (8 reactivos), 5) Función social (6 reactivos), 6) Bienestar social (5 reactivos). Además de este módulo, el instrumento tiene otros 3 que no fueron utilizados en esta investigación: i) Un módulo específico que evalúa el bienestar físico, ii) Un módulo de preguntas adicionales para controlar confusores ajenos a la enfermedad tales como: 1) apoyo social en la familia o círculo de amigos, 2) acontecimientos vitales influyentes, 3) problemas agudos en la última semana, y 4) deterioro sexual; iii) Un módulo para registrar aspectos socio-demográficos (rango de 0 a 4 puntos). La categorización de las respuestas de los reactivos (rango de 0 a 4 puntos) se realizó mediante un escalonamiento tipo Lickert de dos tipos: A) Cantidad: Nada en absoluto (0), Un poco (1), Moderadamente (2), Mucho (3), y Muchísimo (4); y B) Calidad Nada en absoluto (0), mal (1), Moderadamente (2), Bien (3), Muy Bien (4).

En el módulo central (utilizado en este estudio) los reactivos están distribuidos en series desordenadas, positivas o negativas, donde estas últimas se recodifican a la inversa, por lo que a mayor puntuación en una sub-escala, mayor es la calidad de vida respecto a la dimensión medida. Los estudios psicométricos de la versión original y en castellano del PECVEC demuestran que se trata de un instrumento válido y confiable que puede ser utilizado para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud. El PECVEC ha demostrado altos índices de consistencia interna (Alfa de Cronbach), exceptuando la escala de Bienestar Social que presentó algunos valores bajos. La confiabilidad test retest fue alta tras cuatro semanas de intervalo. Por su lado, la sensibilidad al cambio tras terapias específicas o circunstancias vitales cambiantes resultó satisfactoria. La validez de constructo –mediante análisis factorial exploratorio- presentó buenos resultados tanto en la versión original como en la adaptada al español [86;87]. Este instrumento ha sido utilizado para evaluar de manera válida y confiable la calidad de vida de pacientes con Diabetes Mellitus [88;89].

**f.3.** La distorsión cognitiva se evaluó con el inventario de distorsión cognitiva, validado específicamente para pacientes con IRC en etapa terminal descrito en la Fase I y en la sección de los resultados correspondientes [90].

**Fase B:** Identificación de factores asociados a la presencia de depresión y ansiedad en pacientes con IRC en etapa terminal.

- a. **Diseño.** Análisis multivariado por regresión logística para identificar factores independientes predictores de síntomas de depresión y ansiedad.
- b. **Criterios de selección de la muestra, criterios de inclusión, análisis estadístico e instrumentos.** Se incluyeron 108 pacientes con IRC (44 mujeres) con edad de  $42 \pm 17$  años de 2 centros de salud, que recibían tratamiento con hemodiálisis (HD,  $n = 80$ ) o diálisis peritoneal (DP,  $n = 28$ ). Evaluamos variables socio-demográficas, clínicas, calidad de vida (perfil de calidad de vida en enfermos crónicos), síntomas depresivos y ansiosos (inventarios de depresión y ansiedad de Beck) y distorsión cognitiva (inventario de distorsión cognitiva para IRC). Los resultados positivos para depresión ( $> 9$  puntos) y ansiedad ( $> 19$  puntos) se compararon con pruebas t o Chi cuadrada y correlación de Pearson. Las variables con diferencias y correlaciones significativas se probaron en un modelo de regresión logística para predicción de depresión o ansiedad.

**Fase C:** Intervención cognitivo conductual

**Etapa III.** Diseño y aplicación de la ICC específica para pacientes con IRC en etapa terminal para disminuir síntomas de depresión y la ansiedad.

**Primera parte.** Elaboración de los manuales del Aplicador y del Paciente.

- a) **Tiempo y lugar.** Entre septiembre y octubre del 2010, Ciudad de México.
- b) **Diseño.** Investigación bibliográfica y de campo.
- c) **Criterios de selección.** Artículos científicos y estudios en los últimos 5 años, donde se haya aplicado terapia cognitivo-conductual en pacientes crónicos. Entrevistas personales con expertos en el tema. Consulta y revisión analítica de los manuales del usuario y del paciente, respectivamente, cuando estuvieron disponibles.

- d) **Muestreo y tamaño de muestra.** Por disponibilidad. Se tuvo acceso a manuales específicos para pacientes diabéticos, para población ansiosa y depresiva y para mujeres ansiosas y depresivas.
- e) **Contenido final de los manuales:**
- e.1. Manual del Aplicador (ver cuadernillo anexo):
- Presentación
  - Desarrollo de 5 sesiones, que incluía siempre en el mismo orden revisión de tarea, exposición del objetivo de la sesión, explicación práctico-teórica del tema, práctica, discusión grupal, tarea para casa y cierre de sesión.
  - Las 5 sesiones abarcaron una evaluación psicológica inicial y otra final, más la enseñanza, práctica y revisión de tareas de las técnicas cognitivo-conductuales: Auto-reforzamiento positivo, relajación y respiración profundas y cambio de pensamientos negativos o dañinos (reestructuración cognitiva).
- e.2. Manual del Paciente (ver cuadernillo anexo):
- Presentación, objetivos de cada sesión, explicación resumida de cada técnica, ejemplos gráficos, formatos de auto-reporte y apoyo para las prácticas y tareas.
- f. **Aplicación piloto.** Se reclutó un grupo de voluntarios sanos ( $n = 5$ ), a quienes se aplicaron las 5 sesiones, para pilotear y observar los procedimientos, materiales, tiempos, técnicas y la comprensión de los materiales de la terapia.
- f.1. Tiempo y lugar. Noviembre y diciembre del 2010, Instituto Nacional de Cardiología.
- f.2. Diseño. Intervención grupal, tipo taller.
- f.3. Criterios de selección de la población. Sujetos voluntarios sanos de ambos sexos, adultos.
- f.4. Muestreo y tamaño de muestra. Por disponibilidad, 5 voluntarios adultos, 3 mujeres.

**Segunda parte.** Aplicación de la ICC

**Tipo de estudio:** Ensayo clínico controlado, aleatorizado.

- a. **Tiempo y lugar.** Entre febrero y diciembre del 2011.
- b. **Diseño.** Taller en grupos pequeños, 5 sesiones de 2 horas cada una. Durante la primera se incluyó evaluación basal de los síntomas de depresión y ansiedad, distorsiones cognitivas, pensamientos automáticos, actitudes disfuncionales y calidad de vida. Al término de las 5 sesiones se aplicó la segunda medición (M1) y otras 4 semanas después (M2).
- c. **Criterios de inclusión y exclusión de la población.** Pacientes con IRC, bajo tratamiento sustitutivo de la función renal (hemodiálisis o diálisis peritoneal) con edades de 20 a 60 años, sexo indistinto, con síntomas de depresión  $\geq 10$  y  $< 30$ , Ansiedad  $\geq 20$  y  $< 40$ , medidos con los Inventarios de Beck. Criterios de exclusión: Pacientes que estuvieran bajo tratamiento farmacológico psiquiátrico o diagnosticados con alguna comorbilidad psiquiátrica bajo tratamiento. Pacientes analfabetas funcionales o que no podían comunicarse verbalmente o que eran incapaces de comprender los cuestionarios, abuso de drogas o condiciones clínicas inestables. Pacientes que tenían niveles severos de depresión ( $\geq 30$ ) y/o ansiedad  $\geq 40$ ).
- d. **Muestreo y tamaño de muestra.** Los pacientes que reunieron los criterios y luego aceptaban participar voluntariamente, fueron asignados aleatoriamente a uno de dos grupos. Para el tamaño de muestra se utilizó la siguiente fórmula de comparación de dos proporciones y su correspondiente despeje:  
Se consideró la proporción de pacientes que se esperaba redujeran sus síntomas de ansiedad y depresión mediante la ICC y la proporción de pacientes que no reducirían sus niveles de depresión y ansiedad. La fórmula general y la sustitución de sus valores fueron como sigue:

$$N = \frac{\left[ Z_{\alpha} \sqrt{2P(1-P)} + Z_{\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right]^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Donde:

Z= 1.96 (puntuación normal estándar para un error alfa del 5%)

$\alpha$ = Error alfa o nivel de significancia o error tipo I= 0.05

$\beta$ = Error beta o tipo II = Poder de cálculo de la muestra= 0.842 (confianza de afirmar que lo encontrado, realmente existe).

P= Promedio ponderado de P1 (20%) y P2 (40%)=  $(0.20)+(0.40)/2= 0.300$

P1= Proporción de individuos con la alteración psicológica (depresión o ansiedad) en el grupo con tratamiento médico convencional = 20%= 0.20 [48].

P2= Proporción de individuos con la alteración psicológica (depresión o ansiedad) en el grupo con ICC= (P2)= 40%= (0.40).

Despejando:

$$N = [1.96\sqrt{[2(0.300)(1-0.300)]}+0.842\sqrt{[0.20(1-0.20)+0.40(1-0.40)]}]^2/(0.20-0.40)^2$$

N = 21 pacientes + 20% pérdidas = 25 pacientes por grupo.

(Estimando el tamaño total de la muestra en 50 pacientes)

e. **Análisis estadístico.** Se utilizó la prueba Kolmogorov-Smirnov para verificar normalidad. Las características socio-demográficas y clínicas basales se compararon mediante prueba t o Chi cuadrada. Las variables psicológicas evaluadas antes y después del tratamiento se compararon mediante ANOVA para muestras repetidas con pruebas post-hoc mediante ajuste de Bonferroni. En el ANOVA se definieron dos factores: Grupo (tratamiento o control) y tiempo de medición (Basal, al terminar el tratamiento (M1) y un mes de seguimiento M2). Los datos se describieron como medias y desviación estándar o frecuencias y porcentajes.

f. **Instrumentos.** Se utilizaron los mismos instrumentos de la Etapa II y se agregaron los dos siguientes:

e.1. Evaluación *de distorsiones cognitivas*. Se evaluaron mediante dos escalas:

e.1.1. El Cuestionario de Pensamientos Automáticos de Hollon y Kendall [91], que evalúa la frecuencia de pensamientos negativos automáticos

con base en 30 reactivos que se responden en una escala de 1 a 5 puntos.

e.1.2. La Escala de Actitudes Disfuncionales de Weismann y Beck [92] que evalúa la presencia de actitudes disfuncionales permanentes hacia la vida con base en 40 reactivos de auto reporte que se completan en una escala tipo Likert que va de “totalmente de acuerdo” a “totalmente en desacuerdo”. ambas medidas han demostrado tratarse de instrumentos válidos y confiables [93;94].

#### **Fase D: Cálculo de medidas de efecto de la intervención cognitivo conductual**

**Etapa IV.** Medidas de efecto del tratamiento:

- a. **Tiempo y lugar.** Entre febrero y diciembre del 2011. Instituto Nacional de Cardiología y Centro Integral de Nefrología (CEIN).
- b. **Diseño.** Análisis de datos provenientes del ensayo clínico aleatorizado.
- c. **Criterios de selección de la población.** Pacientes que hayan participado y completado al menos en 80% de las sesiones y que hayan llenado completamente los instrumentos de medición.
- d. **Muestreo y tamaño de muestra.** El muestreo fue no probabilístico, de casos consecutivos que cumplieron satisfactoriamente con el inciso c de esta Etapa IV. La asignación a los grupos y los datos de las mediciones estuvieron cegados al investigador principal y al terapeuta durante el levantamiento de datos.
- e. **Análisis estadístico.** Para medir el efecto del tratamiento se utilizó la base de datos limpia y preparada resultante de la aplicación de los instrumentos descritos en la Etapa III (ver anexos). Con la información disponible, Se elaboraron cuadros descriptivos y relacionales, se calcularon la magnitud del efecto por grupo, la reducción absoluta y relativa del riesgo, el riesgo relativo y el número necesario de pacientes a tratar para reducir el efecto en al menos un paciente.
- f. **Instrumentos de medición.** La base de datos para los cálculos se llenó, limpió y preparó con los datos provenientes de los instrumentos aplicados en la Etapa III.

## Definición conceptual y operacionalización de las variables del estudio

### VARIABLES DE RESULTADO:

Nombre de la variable	<b>Ansiedad de Beck [68]</b>
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Respuestas o conductas cognitivas, fisiológicas y motoras ante distintas situaciones de la vida cotidiana que son estresores y que en cada sujeto tiene una manifestación puntual dependiente.
DEFINICIÓN OPERATIVA	Puntuaciones obtenidas por el paciente en el instrumento de ansiedad de Beck
TIPO DE VARIABLE	Cuantitativa discreta
ESCALA	Intervalo
UNIDAD DE MEDICIÓN	Puntuación medida en números enteros, de 0 a 3 puntos por reactivo.
CATEGORÍAS	Ansiedad normal (0 a 19) Ansiedad moderada (20 a 29) Ansiedad alta (30 a 39) Ansiedad severa (40 y más)

Nombre de la variable	<b>Depresión de Beck [67]</b>
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Estado psico-fisiológico caracterizado por 3 factores inter-correlacionados: actitudes negativas hacia sí mismo, deterioro del rendimiento y alteración somática.
DEFINICIÓN OPERATIVA	Puntuaciones obtenidas por el paciente en el instrumento.
TIPO DE VARIABLE	Cuantitativa discreta
ESCALA	Intervalo
UNIDAD DE MEDICIÓN	Puntuación medida en números enteros, de 0 a 3 puntos por reactivo
CATEGORÍAS	Mínima (0 a 9) Leve (10 a 16) Moderada (17 a 29) Severa (30 o más)

### VARIABLES DE INTERVENCIÓN:

Nombre de la variable	<b>Terapia Cognitivo Conductual</b>
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Técnica terapéutica centrada en la naturaleza y modificación de las cogniciones para promover el cambio conductual de los pacientes [95].
DEFINICIÓN OPERATIVA	Los síntomas de ansiedad y depresión derivan en esquemas o distorsiones cognitivas que deben ser reemplazadas o al menos controladas.
COMPONENTES DE LA INTERVENCIÓN [34]	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Activación conductual</i>, dirigida a aumentar las fuentes de reforzamiento positivo.</li> <li>2. <i>Reestructuración cognitiva</i>, para reducir los pensamientos automáticos negativos y reducir los esquemas desadaptativos.</li> <li>3. <i>Técnicas de respiración con control respiratorio más relajación profunda, así como en la visualización e imágenes guiadas</i>, como estrategias de afrontamiento ante la ansiedad y la depresión.</li> </ol>

Nombre de la variable	<b>Atención médica convencional</b>
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Orientación verbal clínico-médica general para los cuidados de la salud en pacientes con IRC.
DEFINICION OPERATIVA	Lineamientos generalmente aceptados en el mundo de la clínica con pacientes con IRC, que se brindan normalmente a estos pacientes por parte de los médicos especialistas.
COMPONENTES DE LA INTERVENCIÓN	Sesión sin duración específica, donde se ofreció orientación médica regular sobre cuidados a la salud de los pacientes con IRC.

### Otras variables de interés (Variables socio-demográficas)

Definición conceptual general: Factores que están asociados a los antecedentes socio-demográficos del paciente:

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	DESCRIPCIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE, ESCALA Y UNIDAD DE MEDIDA	OPERACIONALIZACIÓN
Ocupación actual	El paciente referirá la ocupación principal a la que se dedica actualmente (o a la que se dedicaba antes de enfermarse).	Cualitativa Escala: Nominal politómica  <b>Unidad de medida:</b> Categoría de la ocupación	La que manifieste el paciente: Ama de casa Jubilado Empleado(a) Estudiante Profesionista Desempleado Comerciante Policía Burócrata Ventas Campesino.
Nivel socio-económico	Su utilizará la clasificación asentada en su expediente clínico, basado en el estudio social previo.	Cualitativa Escala: Ordinal <b>Unidad de medida:</b> Valores absolutos 1=Bajo 2=Medio 3=Alta	La que manifieste el paciente y esté asentada en su expediente clínico por la sección de Trabajo Social.



Variables Sociodemográficas	Descripción conceptual	Tipo de variable, escala y unidad de medida	Operacionalización
Edad	Intervalo transcurrido entre la fecha de nacimiento y la fecha de la entrevista. Expresada en años solares completos.	<p>Cuantitativa discreta</p> <p>Escala: Razón</p> <p><b>Unidad de medida:</b> Años cumplidos.</p>	Años cumplidos del sujeto al momento de ser captado como sujeto de estudio. Se obtendrá la fecha de nacimiento de la base de datos y con la fecha de captación del sujeto se calculará su edad correspondiente a ese momento.
Sexo	Características biológicas que definen a un ser humano como hombre o mujer.	<p>Cualitativa</p> <p>Escala: Nominal dicotómica.</p> <p><b>Unidad de medida:</b></p> <p>Mujer Hombre</p>	Se registrará el sexo de la persona entrevistada en función de unidad de medida y la percepción del entrevistador basada en atributos secundarios biológicos externos.
Estado civil	Relación en que se hallan las personas en el agrupamiento social, respecto a los demás miembros del mismo agrupamiento.	<p>Cualitativa</p> <p>Escala: Nominal politómica</p> <p><b>Unidad de medida:</b></p> <p>Categoría del estado civil</p>	Se clasificará en categorías conforme a la unidad de medida expuesta. Soltero Casado Unión libre Viudo Divorciado

Variables Sociodemográficas	Descripción conceptual	Tipo de variable, escala y unidad de medida	Operacionalización
Escolaridad	Grado escolar máximo de estudios formales, en su caso.	<p>Cualitativa</p> <p>Escala: Nominal politómica</p> <p><b>Unidad de medida:</b> Categorías de la escolaridad</p>	<p>Se clasificará categorías conforme a la unidad de medida expuesta.</p> <p>Primaria Secundaria Técnica Media superior Licenciatura Maestría Especialidad Doctorado Postdoctorado Sin estudios</p>
Con quién vive el paciente	Núcleo indispensable para el desarrollo de la persona, la cual depende de ella para su supervivencia y crecimiento.	<p>Cualitativa</p> <p>Escala: Nominal politómica</p> <p><b>Unidad de medida:</b> Categorías</p>	<p>La que manifieste el paciente de entre las siguientes:</p> <p>Solo, Pareja, Otros familiares, Hijos, Pareja e hijos, Mamá y hermanos, Papá y hermanos, Mamá, Papá y hermanos, Hijos en casa materna/paterna.</p> <p>Posteriormente se dicotomizará la variable en dos categorías para efectos de análisis: Nuclear y Extendida o disuelta.</p>
Tabaquismo	Dependencia o adicción crónica y socialmente aceptada hacia el tabaco que produce dependencia física y psicológica.	<p>Cualitativa</p> <p>Escala: Nominal dicotómica.</p> <p><b>Unidad de medida:</b> Sí, No</p>	<p>Se clasificará en dos categorías conforme a la unidad de medida expuesta.</p>

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	DESCRIPCIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE, ESCALA Y UNIDAD DE MEDIDA	OPERACIONALIZACIÓN
Número de dependientes	Cantidad de personas que dependen económicamente del paciente en cuanto a su alimentación o vivienda o estudios o cuidados de salud.	<p>Cuantitativa discreta</p> <p>Escala: Razón</p> <p><b>Unidad de medida:</b> Números enteros</p>	<p>Cifra numérica que indique el número de dependientes del paciente.</p> <p>Posteriormente se clasificará en dos categorías, para efectos de análisis: Ninguno Una o más personas</p>

**VARIABLES BIOMÉDICAS** Definición conceptual general: Factores que están relacionados directamente con la situación clínico-contextual del enfermo de IRC.

VARIABLES BIOMÉDICAS	DESCRIPCIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE, ESCALA Y UNIDAD DE MEDIDA	OPERACIONALIZACIÓN
Prevalencia de la enfermedad	Duración de la enfermedad contada a partir de su diagnóstico clínico.	<p>Cuantitativa discreta</p> <p>Escala: Razón</p> <p><b>Unidad de medida:</b> Años transcurridos</p>	Tiempo total transcurrido a partir de que se diagnosticó la IRC en el paciente y hasta la fecha del estudio.
Comorbilidades	Enfermedades actuales concomitantes con la IRC en el paciente.	<p>Cualitativa</p> <p>Escala: Nominal</p> <p><b>Unidad de medida:</b> Categorías</p>	Las que manifieste el paciente y/o estén asentadas en su expediente.
Uso de medicamentos	Tratamiento farmacológico prescrito clínicamente para el tratamiento de la IRC o cualquier otra enfermedad.	<p>Cualitativa</p> <p>Escala: Nominal</p> <p><b>Unidad de medida:</b> Categorías</p>	Nombre de las enfermedades que mencione el paciente y estén anotadas en su expediente clínico al momento del estudio.
Tipo de tratamiento para la IRC	Nombre del tratamiento sustitutivo de la función renal.	<p>Cualitativa</p> <p>Escala: Nominal, dicotómica</p> <p><b>Unidad de medida:</b> Hemodiálisis o diálisis peritoneal.</p>	Tratamiento sustitutivo de la función renal en cada paciente: Hemodiálisis Diálisis peritoneal

Variables biomédicas	Descripción conceptual	Tipo de variable, escala y unidad de medida	Operacionalización
Trasplantes previos	Historia previa al momento del estudio, de trasplante renal.	Cualitativa Escala: Nominal, dicotómica <b>Unidad de medida:</b> Sí o No	Se clasificará en dos categorías conforme a la unidad de medida expuesta: Sí o No
Número de trasplantes previos	Cantidad de trasplantes previos recibidos por el paciente.	Cuantitativa discreta Escala: Razón <b>Unidad de medida:</b> Número entero	Cantidad de trasplantes que refiera el paciente, en caso de haber contestado afirmativamente la anterior variable.
Expectativa de trasplante	Esperanza temporal del paciente en recibir donación de órgano para ser trasplantado.	Cualitativa Escala: Ordinal <b>Unidad de medida:</b> Valores absolutos (Tiempo en meses)	Período de tiempo en el cual el paciente espera (o no espera) recibir un trasplante: Menos de un mes 1 a 3 meses 3.1 a 6 meses 6.1 a 12 meses Más de un año No sabe No espera trasplante
Donador(a) potencial para el trasplante esperado	En caso de responder afirmativamente la pregunta anterior (¿"cuándo espera recibir trasplante"?), fuente de origen potencial de dicho donador.	Cualitativa Escala: Nominal <b>Unidad de medida:</b> Categorías	Entidad de la cual el paciente espera (o no espera) recibir trasplante: Vivo relacionado Vivo no relacionado Lista de espera Ninguno
Adherencia terapéutica	Asistencia del paciente al menos al 80% de las sesiones de ICC.	Cualitativa Escala: Nominal Unidad de Medida: Sí / No	Asistencia de al menos el 80% de las sesiones de ICC individualizadas.

## Descripción general del estudio (procedimientos)

**Fase A:** Desarrollo y validación de un instrumento e identificación de factores asociados a depresión y ansiedad (Etapas I y II).

**Etapas I.-** Elaboración y validación de un instrumento específico para evaluar distorsiones cognitivas (DISCOG) en pacientes con IRC en etapa terminal.

Utilizando la Técnica de Redes Semánticas Modificada[85], se diseñó un cuestionario a partir de un grupo piloto (Parte 1) que luego fue validado mediante análisis de varianza, correlacional y factorial en una muestra multicéntrica de 255 pacientes (Parte 2).

### *Parte 1: Diseño y construcción del instrumento*

**Participantes:** Se realizó un levantamiento piloto de datos exploratorios en una muestra por conveniencia de 21 pacientes ambulatorios con IRC en etapa terminal (fase donde la función renal es tan baja o nula, que requiere tratamiento para mantener la vida del paciente), entre los 20 y 58 años de edad, de ambos sexos (11 mujeres y 10 hombres), que eran atendidos en la unidad de hemodiálisis del Departamento de Nefrología del Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”.

**Instrumento:** Se diseñó un cuestionario compuesto por una frase estímulo para cada una de cinco distorsiones cognitivas y una frase distractora.

**Procedimiento:** A cada paciente se le explicó el objetivo del estudio y se le invitó a participar de manera voluntaria, luego de lo cual se le pidió llenar y firmar un formato de consentimiento informado aprobado por el Departamento de Nefrología y que cubre los lineamientos éticos locales e internacionales para este tipo de estudios.

Entonces se les presentaron consecutivamente cada una de las frases-estímulo y se les solicitó que escribieran todas las palabras que les evocara o recordara dicha frase-estímulo (mínimo 10, máximo 15) utilizando para ello sustantivos, verbos, adjetivos y adverbios; posteriormente se les pidió que ordenaran cada una de las palabras asignándole el número uno a aquella palabra que definiera mejor el estímulo presentado, seguido con el número dos y así sucesivamente hasta terminar con todas las palabras que hubieren escrito para cada frase-estímulo. Las

aplicaciones se realizaron en forma individual siguiendo los procedimientos propuestos por Reyes Lagunes [85].

## ***Parte 2: Validez y confiabilidad del instrumento***

**Participantes:** Se conformó una muestra multicéntrica no probabilística de 255 pacientes con IRC en etapa terminal de ambos sexos (118 mujeres y 137 hombres), con una media de edad de 47 años (rango = 17 a 89), atendidos en una de cuatro instituciones: *Fresenius Medical Care* Cuernavaca (n=100), Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez (n = 53), CEIN (n = 64), y el Instituto Mexicano del Seguro Social Pachuca (n = 38).

**Instrumentos:** Las palabras definidoras que surgieron en la primera etapa del estudio se usaron para integrar un instrumento para la evaluación de las distorsiones cognitivas de los pacientes con IRC. Se evaluaron también los síntomas de ansiedad y depresión con base en los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck.

El Inventario de Ansiedad de Beck (IAB) [96] es un instrumento auto aplicable que consta de 21 reactivos que determinan la intensidad con que se presentan los síntomas somáticos y conductuales de la ansiedad, mediante una escala de 0 a 3 puntos, en donde 0 indica la ausencia del síntoma, y el 3 la gravedad máxima del mismo. Los estudios de sus propiedades psicométricas han demostrado que se trata de una medida válida y confiable en sus diferentes versiones, incluyendo la mexicana [68].

El Inventario de Depresión de Beck (IDB) [67] es un instrumento auto aplicable de 21 reactivos, cada cual con cuatro afirmaciones que describen el espectro de gravedad de las categorías somáticas y conductuales de la depresión. En todos los casos, el primer enunciado tiene un valor de 0, que indica la ausencia del síntoma, y el cuarto de 3 puntos, que constituye la intensidad máxima del mismo. El instrumento ha mostrado tener validez y confiabilidad, incluyendo la versión en español que se utiliza en el presente estudio [97].

**Procedimiento:** A cada paciente se le explicó el objetivo del estudio y se le invitó a participar de manera voluntaria. Una vez que aceptaba, se le pidió llenar y firmar un formato de consentimiento informado. Entonces completaron individualmente la totalidad de los instrumentos.

**Etapa II.-** Tamiz para determinar comportamiento de la población de interés, mediante la identificación de la prevalencia de distorsiones cognitivas, depresión, ansiedad y calidad de vida.

a. **Primera parte.** Identificación de la prevalencia síntomas de depresión y ansiedad, la calidad de vida y de distorsiones cognitivas.

a.1. Se levantó una muestra consecutiva de 152 pacientes a quienes se aplicaron 4 instrumentos psicológicos: Síntomas de depresión y Ansiedad de Beck, PECVEC y distorsión cognitiva (DISCOG). Los pacientes que resultaron con síntomas de depresión severos (> 30 puntos) o ansiedad (> 40 puntos) fueron informados de ello y canalizados para su atención médico-psiquiátrica adecuada. Con los datos obtenidos se elaboró y preparó una base de datos con variables socio-demográficas, psicológicas y biológicas. Se aplicó una prueba Kolmogorov-Smirnov a las variables cuantitativas y se calcularon frecuencias y porcentajes o medias y desviación estándar. Se compararon las proporciones de las variables socio-demográficas mediante prueba chi cuadrada y las cuantitativas mediante prueba t de student.

**Fase B:** Identificación de factores asociados a la presencia de depresión y ansiedad en pacientes con IRC en etapa terminal.

La información de variables psicológicas obtenida del inciso *a.1* de la Etapa II, se complementó con datos socio-demográficos y datos clínicos relevantes provenientes de los expedientes hospitalarios de los pacientes, se integró una base de datos específica con dicha información, para aplicar un análisis de regresión logística que identifique los factores independientes que contribuyen a la presencia de síntomas de depresión y ansiedad.

## **Fase C: Intervención cognitivo conductual**

**Etapla III.-** Diseño y aplicación de la ICC para disminuir síntomas de depresión y la ansiedad en pacientes con IRC en etapa terminal.

### **a. Primera parte**

a.1.**Diseño.** Se hizo una consulta bibliográfica y entrevista a expertos en intervención cognitivo-conductual, así como revisión de manuales disponibles para tomarlos como modelo [89;98]. Con este resultado se integraron dos nuevos manuales operativos (del aplicador y del paciente, anexos) constituidos por 5 sesiones de 2 horas cada una, que incluían introducción, reglas del grupo, descripción de la sesión, descripción de las técnicas psicológicas, ejemplos, formatos de auto-llenado, práctica en clase, tareas para casa y revisión de tareas. El manual de aplicador contiene instrucciones específicas para la conducción de cada sesión, incluyendo la evaluación inicial y final. Por su parte, el manual del paciente contiene información resumida de los contenidos de cada sesión y los formatos correspondientes a cada sesión, así como los necesarios para los auto-registros de las tareas en casa. Se pidió y obtuvo la opinión y supervisión directa de una experta certificada en Terapia Cognitivo-Conductual (Dra. Rebeca Robles García), para que revisara y corrigiera los manuales propuestos.

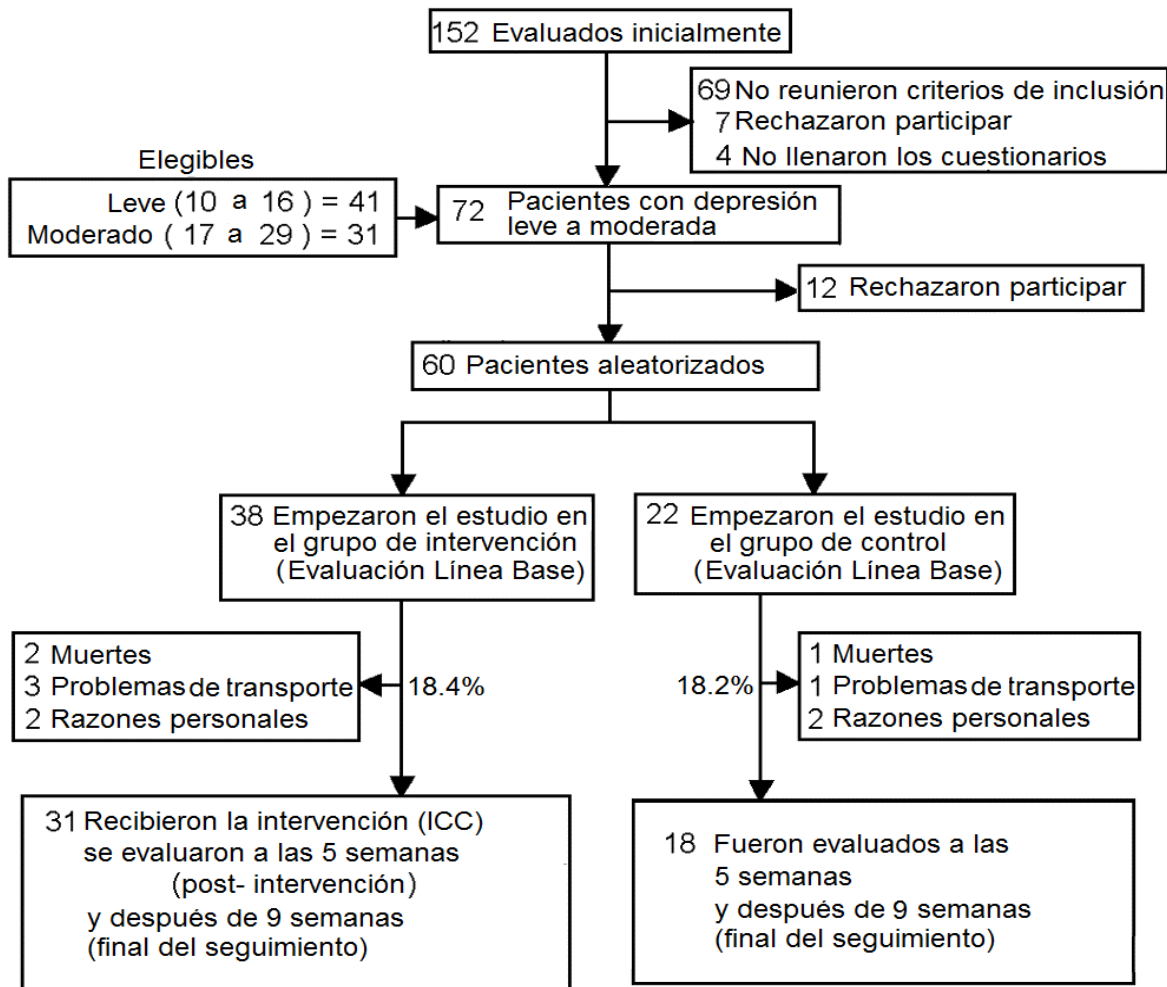
a.2.**Aplicación piloto.** Se reclutó un grupo de voluntarios sanos (n = 5), a quienes se aplicaron las 5 sesiones, para pilotear y observar los procedimientos, materiales, tiempos, técnicas y la comprensión de los materiales de la terapia. Se tomó nota de los tiempos, contenidos y respuesta a los procedimientos por parte de los participantes. Se pidió la opinión de los voluntarios respecto a la claridad de exposición y los contenidos técnicos incluidos en los manuales y se hicieron los ajustes necesarios a los manuales originales. Los resultados obtenidos fueron evaluados por una experta certificado en Terapia Cognitivo-Conductual (Dra. Rebeca Robles García) para ajustar los contenidos de los manuales.



b. **Segunda parte.** Aplicación de la Intervención cognitivo conductual

b.1. Entre febrero y diciembre del 2011, contando con el visto bueno de los Comités de Ética y de Investigación del Instituto Nacional de Cardiología (Ver oficio adjunto), se midieron los síntomas de depresión y ansiedad en 152 pacientes con IRC. Cualquier paciente que resultó con puntajes severos de depresión fue inmediatamente referido a recibir atención médica psiquiátrica. De esa población se extrajo una muestra no probabilística con síntomas de depresión y ansiedad leves a moderados ( $n = 72$ ) que fueron invitados al estudio. Aceptaron participar 60 pacientes con al menos 6 meses de estar recibiendo sesiones de hemodiálisis 3 veces por semana que duraban 3 a 4 horas cada una (Figura 2), de quienes se obtuvo consentimiento informado y se verificó que cumplieran con los criterios de inclusión del estudio (no estar bajo tratamiento psiquiátrico, no tomando medicamentos psiquiátricos, capacidad para llenar los cuestionarios y posibilidad de acudir a las sesiones). Posteriormente fueron asignados aleatoriamente a uno de dos grupos (experimental o control) con una razón de asignación ligeramente superior en el grupo de intervención, suponiendo inicialmente que habría mayores pérdidas debido al esfuerzo extra para los pacientes, de quedarse más tiempo para el estudio. Los pacientes experimentales fueron organizados en grupos pequeños (3 a 6), a quienes se impartieron 5 sesiones de 2 horas cada una, incluidas la evaluación inicial y final mediante los instrumentos psicológicos explicados y detallados en la sección de material y métodos (Partes II y III). Un mes después de aplicada la intervención, se aplicó una evaluación de seguimiento con estos pacientes usando los mismos instrumentos. Los pacientes control permanecían en “lista de espera” para participar en el estudio y fueron evaluados al inicio, a las 5 semanas y un mes después. Al terminar su tiempo de espera fueron invitados a participar en los talleres, para cumplir con los requerimientos éticos institucionales de acceso al tratamiento. Para reducir al mínimo la posibilidad de que los pacientes de los grupos experimental y en lista de espera se comunicaran entre sí, se seleccionaron de diferentes turnos y días. A ninguno de los pacientes en ambos grupos se le reveló su condición de tratamiento, misma que era conocida solo por un

investigador independiente, mismo que asignó los grupos y la secuencia de distribución a los grupos y fue ocultada al investigador principal hasta que se determinara el grupo para cada paciente. Se mantuvo ciego al personal de enfermería y médicos residentes sobre la secuencia y el tipo de tratamiento que estuvo llevando el paciente. Ambos grupos llenaron sus evaluaciones psicométricas de manera individual y privada. El proceso de reclutamiento de participantes fue efectuado por un técnico auxiliar externo.



**Figura 2.** Diagrama de flujo del ensayo clínico

b.2. De manera independiente, un técnico auxiliar aplicó las evaluaciones y capturó los datos crudos en una base de datos creada ex profeso para el estudio. Además, extrajo la información de parámetros clínicos de los expedientes hospitalarios (hemoglobina, nitrógeno de urea sanguínea, creatinina, albumina, glucosa, ácido úrico, fósforo y calcio). Tanto el personal médico como el técnico auxiliar estuvieron cegados a la aplicación de la ICC. El terapeuta estuvo cegado a los datos de los controles y no conoció los puntajes obtenidos por los pacientes del grupo experimental en ninguna de las mediciones. Las evaluaciones del grupo experimental eran aplicadas cuando el terapeuta no estaba presente.

b.3. Un investigador independiente organizó y limpió los datos provenientes de la base de datos llenada por el técnico auxiliar, efectuó los análisis estadísticos correspondientes y preparó los cuadros de reporte con los resultados.

b.4. Al grupo experimental se le aplicaron 5 sesiones, una por semana de 2 horas de duración cada una. Se efectuaron sesiones separadas mediante el aprendizaje y práctica de técnicas de auto-reforzamiento positivo (activación conductual), de relajación y respiración profundas y de reestructuración cognitiva. Varias sesiones fueron video-grabadas y supervisadas por una experta en Terapia Cognitivo-Conductual (Dra. Rebeca Robles García) quien se aseguró de que el terapeuta cumpliera con los siguientes procedimientos del manual del terapeuta:

- Activación conductual, dirigida a aumentar las fuentes de reforzamiento positivo (auto-premio merecido) para contrarrestar patrones de evitación, distanciamiento e inactividad generados o exacerbados por la depresión, identificando comportamientos (mediante ideogramas) que interrumpen el ciclo entre estado de ánimo. Para ello se ayudó al paciente a entender los detonantes contextuales y ambientales de los síntomas depresivos y se le enseñaron diversas estrategias de activación. La estrategia de activación conductual que se utilizó es la atención a la experiencia (fomentar la

capacidad del paciente para entender mejor la función de las “rumiaciones” depresivas, como medio para disminuir su frecuencia) y los obstáculos para enfrentar dichas rumiaciones (baja motivación o cumplimiento deficiente de las tareas para casa).

- Reestructuración cognitiva, para reducir los pensamientos automáticos negativos y reducir los esquemas desadaptativos. Se focalizó la atención en pensamientos automáticos distorsionados o negativos. Los pacientes comprendieron cómo influyen dichas cogniciones en su respuesta emocional y conductual ante situaciones estresantes, y las sustituyeron mediante el entrenamiento por otras más adaptativas y saludables. Se usó la relación colaboradora con el paciente para explorar la solidez de diversas distorsiones cognitivas, sus ventajas y desventajas y la puesta a prueba de dichos pensamientos disfuncionales. Además, se entrenó al paciente mediante la terapia de resolución de problemas, la detención de pensamientos y los ensayos conductuales.

- Se entrenó al paciente en la técnica de respiración profunda y control respiratorio, como estrategia de afrontamiento ante la ansiedad y la depresión, para re-entrenar la respiración mediante inhalaciones y exhalaciones lentas, controladas y relajantes, utilizando el principio de inhibición recíproca[99]. Así mismo, se entrenó al paciente mediante ejercicios de relajación profunda por pares opuestos de músculos, para incrementar su atención a la sensación de bienestar al auto-producirse relajación, contrastada con la percepción de malestar proveniente de la contracción muscular sostenida durante lapsos cortos de 5 a 7 segundos.

b.5. El grupo control fue citado al inicio, a las 5 semanas y un mes después para aplicarles la evaluación psicológica, luego de lo cual fueron invitados a participar en el estudio como sujetos experimentales. Quienes aceptaban fueron citados e integrados en el siguiente grupo experimental disponible.

b.6. Tanto el grupo experimental como el grupo control contaron con atención médica convencional 3 veces por semana durante sus sesiones de hemodiálisis, consistente en dicho tratamiento sustitutivo más indicaciones dietéticas, farmacológicas y de auto-cuidado estándar contempladas en las Guías Clínicas Internacionales y locales para este tipo de pacientes. Durante estas sesiones, los pacientes tienen la oportunidad de ser examinados individualmente y de expresar sus dudas y problemas con el tratamiento sustitutivo de rutina al médico especialista y de recibir retroalimentación informada.

b.7. El terapeuta aplicador recibió entrenamiento, supervisión y retroalimentación metodológica por parte de una experta en Terapia Cognitivo-Conductual (Dra. Rebeca Robles García), antes y durante toda la duración de la ICC.

**Fase D:** Cálculo del efecto de la ICC.

- a. Con los datos referentes a los síntomas de depresión y ansiedad, el investigador independiente preparó un cuadro-resumen 2X2 determinado por la proporción de cambio en ambos grupos, tomando como éxito del tratamiento la disminución en la puntuación de severidad en los síntomas de depresión y de ansiedad de al menos 25% respecto a la línea basal (pre-tratamiento), con base en un estudio latinoamericano previo [14]. Las proporciones de éxito en los grupos tratados y control se compararon mediante una prueba Chi cuadrada.
- b. Con este resultado el mismo investigador calculó los estadísticos necesarios para identificar el efecto de la intervención.

## **Aspectos éticos**

El presente estudio se ajusta al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, según el cual se clasifica como investigación con riesgo mínimo, así mismo, se ajusta a los lineamientos de la Declaración de Helsinki con modificación en el Congreso de Tokio, Japón en 1983 y fue aprobado por los Comités de Ética y de Investigación del Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez” (INCICH) acuerdo 10-699, diciembre 7 del 2010, anexo 6.

### *Carta de consentimiento informado*

El propósito del estudio, riesgos (la aclaración de que no existen) y beneficios, así como el derecho del sujeto a abandonar la investigación en cualquier momento sin que le perjudique en su atención en el INCICH, fueron explicados explícita y ampliamente y resumidos en un formato (Anexo 2). Se le explicó (verbalmente y mediante el formato correspondiente) que los resultados obtenidos se utilizarían sólo para los propósitos del estudio y que serán confidenciales. Los sujetos que aceptaron participar firmaron el consentimiento (Anexo 3) en presencia de 2 testigos, una vez que el proceso de información se completó y que todas sus dudas en relación con el procedimiento del estudio fueron aclaradas. Se explicó al paciente que existía la probabilidad de ser asignado aleatoriamente a cada tratamiento y que él/ella podrían tener acceso directo en cualquier momento del estudio, al investigador principal, a la Comisión de Ética o al Supervisor principal, sin que fuera violada su confidencialidad.

Los participantes firmaron la carta de consentimiento voluntario y fueron suficientemente informados sobre sus derechos como pacientes crónicos, incluidos los de negarse a participar o retirarse del estudio sin afectar su tratamiento. Los pacientes que fueron detectados en riesgo psicológico (alta severidad de depresión o ansiedad), fueron referidos de inmediato a atención médica apropiada.

### *Confidencialidad*

Los datos e información de los sujetos que participaron en este estudio fueron considerados confidenciales y transmitidos de manera que no permitiera la identificación de los individuos. Una vez terminado el análisis de los resultados, toda la información personales que pudiera identificar a los pacientes fue borrada de la base de datos central,

de tal manera que en este reporte y en las publicaciones científicas es imposible identificarlos individualmente, ni por género, ni por procedencia, ni por condición clínica.

*Riesgos Potenciales:* No se han identificado posibles riesgos en este estudio. El estudio se consideró de riesgo mínimo ya que se encuentra dentro de los estudios que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamiento rutinario.

*Beneficios Potenciales:* Los pacientes que participaron informadamente en la intervención cognitivo-conductual se beneficiaron del conocimiento de dichas relaciones en su desempeño cognitivo y conductual y el impacto que tiene en sus síntomas depresivos y ansiosos.

# Capítulo 6

## Resultados

**Fase A (Etapa I).**- Elaboración y validación de un instrumento específico para evaluar distorsiones cognitivas (DISCOG) en pacientes con IRC en etapa terminal.

- a. Se obtuvo un instrumento original para medir distorsión cognitiva en pacientes renales mexicanos. Con ello se envió un artículo a la revista “Salud Mental” que ya fue publicado [90]. Se anexa copia del artículo y del instrumento obtenido (Anexo 9). Se describe el instrumento a continuación:

- a.1. El cuestionario piloto se integró con 46 reactivos con mayor peso semántico de entre 343 palabras definidoras originales. Se descartaron 16 reactivos: por falta de capacidad de discriminación (1), baja confiabilidad interna (8) y duplicidad en más de un factor (7). El instrumento final de 30 reactivos tuvo una consistencia interna de 0.93 para el total y mayor a 0.75 en todas las sub-escalas. Los cinco factores resultantes explican en conjunto el 47.8% de la varianza total (Tabla 1) y correlacionaron positiva y significativamente entre sí y con los síntomas de ansiedad y depresión (Tabla 2).

**Tabla 1 Varianza, medias y coeficientes Alpha de Cronbach de la versión final del instrumento evaluador de distorsión cognitiva, DISCOG (n = 255).**

Factores	Varianza Explicada	Media	Alpha de Cronbach
Catastrofismo	14.6%	24.56	0.88
Pensamiento dicotómico	10.6%	17.88	0.84
Perfeccionismo intrínseco	8.9%	7.79	0.80
Perfeccionismo extrínseco	6.8%	4.40	0.78
Auto-etiquetización negativa	6.5%	10.68	0.76



**Tabla 2. Correlación entre dimensiones de distorsión cognitiva y los síntomas de ansiedad y depresión (n = 255).**

	CAT*	PD*	PI*	PE*	AEN*	IDB*	IAB*
Catastrofismo *(CAT)						0.56**	0.51**
Pensamiento dicotómico *(PD)	0.56**					0.45**	0.37**
Perfeccionismo intrínseco *(PI)	0.45**	0.55**				0.48**	0.34**
Perfeccionismo extrínseco *(PE)	0.40**	0.42**	0.50**			0.40**	0.35**
Auto-etiquetización negativa *(AEN)	0.46**	0.65**	0.59**	0.42**		0.44**	0.29**
Perfeccionismo Total	0.49**	0.55**	0.92**	0.78**	0.50**	0.49**	0.41**

\* IDB= Inventario de depresión de Beck, IAB= Inventario de ansiedad de Beck.

\*\*  $p \leq 0.01$  (bilateral).

a.2. El índice de adecuación muestral (KMO = 0.901) para el análisis factorial determinó la utilidad de la estructura de los componentes salientes y la prueba de esfericidad de Bartlett indicó la no-identidad de la matriz de correlaciones.

a.3. Al eliminar reactivos duplicados en dos o más factores, así como los factores que contenían menos de dos reactivos, quedaron 30 reactivos finales integrados en 5 factores con un alfa total final de  $\alpha = 0.936$  (y cuando menos de 0.76 para las sub-escalas), que en conjunto explican el 47.8% de la varianza.

a.4. La escala quedó integrada por los siguientes factores y el número de reactivos para cada uno: *Catastrofismo* (n = 10); *pensamiento dicotómico* (n = 8); *auto-etiquetización negativa* (n = 5); *Perfeccionismo intrínseco* (n = 5); *perfeccionismo extrínseco* (n = 2) (Tabla 3).

**Etapa II.-** Identificación de la prevalencia de distorsiones cognitivas, depresión, ansiedad y calidad de vida.

a. **Primera parte.** Identificación de la prevalencia de distorsiones cognitivas, síntomas de depresión y ansiedad y la calidad de vida.

De los 152 pacientes que participaron en el tamiz, además de las variables psicológicas y socio-demográficas obtenidas con los cuestionarios, se recopiló

información de variables clínicas y bioquímicas mediante consulta de sus expedientes clínicos. La edad promedio fue de  $41.4 \pm 15.9$  años, 55% mujeres, 80% en hemodiálisis, la diabetes como comorbilidad principal (26%). En cuanto a las variables psicológicas, la media de síntomas de ansiedad fue  $12.1 \pm 10.6$  (IC<sub>95%</sub>, 10.4 - 13.8), para depresión  $12.9 \pm 10.9$  (IC<sub>95%</sub>, 11.2 - 14.7), el índice de distorsión cognitiva tuvo un puntaje total de  $38.0 \pm 14.1$  (IC<sub>95%</sub>, 35.7 - 40.2) y el de calidad de vida  $101.6 \pm 21.6$  (IC<sub>95%</sub>, 98.2-105.1). La Tabla 4 muestra las prevalencias de ansiedad y depresión para las diferentes categorías de severidad en los síntomas. La prevalencia de síntomas de ansiedad (puntuación igual o mayor a 20) fue de 24%, mientras que para depresión (puntuación igual o mayor a 10) fue de 56%.

**Tabla 3. Definición de tipos de pensamientos distorsionados, número de reactivos originales y finales y frases estímulo.**

Tipo de pensamiento distorsionado	Cantidad original y final de reactivos	Definición conceptual	Frase - estímulo utilizada
Catastrofismo	10 - 10	Pensar en las peores consecuencias posibles que ocurrirán u ocurrieron.	<i>Lo peor que puede pasarme por mi enfermedad es...</i>
Auto - etiquetización negativa	10 - 5	Proceso de auto-imponerse nombres peyorativos.	<i>Mis fracasos se deben a...</i>
Perfeccionismo	9 - 7	Tendencia a vivir regido por una idea interna o externa de "lo perfecto", sin fijarse en lo razonable o no de ese estándar, frecuentemente para evitar una supuesta experiencia de fracaso	<i>Cuando hago las cosas mal pienso que soy...</i>
Auto-valorización externa	9 - 0	Desarrollo y mantenimiento de la valía personal basada exclusivamente en opiniones externas.	<i>Los demás dicen que soy...</i>
Pensamiento dicotómico	8 - 8	Tendencia a incluir todas las experiencias en una de dos formas: bueno o malo, negativo o positivo.	<i>Hacer las cosas mal es...</i>
Frase distractora	1	Evitar o prevenir que el sujeto responda con sesgo hacia un solo estímulo.	<i>Hago lo importante primero; eso para mí es...</i>

**Tabla 4 Características generales de la población a estudiar. Se muestran frecuencias y porcentajes o medias y desviación estándar (n = 152).**

<b>Sociodemográficos</b>				(IC <sub>95%</sub> )
Edad (años)			41.4 ± 15.9	(38.9 - 44.0)
Sexo	Femenino	68 (55)		
	Masculino	84 (55)		
Tratamiento sustitutivo	Hemodiálisis	121 (80)		
	Díalisis Peritoneal	31 (20)		
Diabetes	Sí	40 (26)		
	No	112 (74)		
Centro aplicador	INCICH	82 (54)		
	CEIN	70 (46)		
<b>Variables psicológicas</b>				
<i>Ansiedad</i>			12.1 ± 10.6	(10.4 - 13.8)
	Normal (0-19)	116 ( 76 )	7.4 ± 5.2	
	Moderada (20-29)	21 ( 14 )	23.9 ± 3.1	
	Alta (30-39)	9 ( 6 )	34.1 ± 2.8	
	Severa (40 ó más)	6 ( 4 )	41.8 ± 2.1	
<i>Depresión</i>			12.9 ± 10.9	(11.2 - 14.7)
	Mínima (0 a 9)	67 ( 44 )	4.2 ± 3.0	
	Leve (10 a 16)	41 ( 27 )	12.3 ± 3.3	
	Moderada (17-29)	31 ( 20 )	21.9 ± 4.0	
	Severa (30 ó más)	13 ( 9 )	38.4 ± 7.9	
<i>Distorsión cognitiva</i>			38.0 ± 14.1	(35.7 - 40.2)
	Perfeccionismo intrínseco		6.8 ± 3.1	
	Perfeccionismo extrínseco		4.1 ± 1.8	
	Perfeccionismo Total		10.9 ± 4.5	
	Catastrofismo		9.2 ± 4.4	
	Autoetiquetización negativa		8.2 ± 3.6	
	Pensamiento dicotómico		9.2 ± 3.6	
<i>Calidad de Vida (PECVEC)</i>			101.6±21.6	(98.2 - 105.1)
	Capacidad física		19.4 ± 5.4	
	Función psicológica		20.2 ± 5.2	
	Estado de ánimo positivo		10.6 ± 3.6	
	Estado de ánimo negativo		23.7 ± 5.5	
	Función social		14.0 ± 4.8	
	Bienestar social		13.9 ± 3.8	

**Fase B:** Identificación de factores asociados a la presencia de depresión y ansiedad en pacientes con IRC en etapa terminal.

Al aplicar un análisis multivariado de regresión logística, se obtuvo un modelo de los factores que predicen la presencia de síntomas de depresión y otro modelo para la presencia de síntomas de ansiedad. Los resultados se presentaron en un congreso nacional de nefrología (Reunión Anual del Instituto Mexicano de Investigaciones Nefrológicas, Acapulco, Gro., 30 Nov. al 3 de Dic. 2011).

Algunas variables fueron diferentes en los pacientes con depresión y ansiedad (Tabla 5). Sin embargo, el análisis de regresión logística demostró que la depresión es explicada sólo por los siguientes factores: ansiedad, distorsión cognitiva y calidad de vida. Por su lado la ansiedad solo es explicada por la distorsión cognitiva.

**Tabla 5. Variables más relevantes en relación a depresión o ansiedad en 108 pacientes. Los resultados se presentan como frecuencias absolutas o medias y desviación estándar, y razón de momios (OR) con intervalo de confianza al 95%.**

	Depresión			Ansiedad							
	Mas de 9 puntos		p	Regresión logística		Mas de 19 puntos			Regresión logística		
	Sí	No		OR (IC <sub>95%</sub> )	p	Sí	No	p	OR (IC <sub>95%</sub> )	p	
Edad (años)	41 ± 15.8	42 ± 17.6	0.63								
Sexo (F/M)	28 / 33	16 / 31	0.15								
Tratamiento (DP/HD)	17 / 44	11 / 36	0.60								
Trabaja (Sí/No)	16 / 45	22 / 25	0.03	2.5 (0.8 - 8.1)	0.13						
Sin comorbilidades (Sí/No)	27 / 34	28 / 19	0.12						1.6 (0.3 - 7.6)	0.55	
Diabetes mellitus (Sí/No)	21 / 40	10 / 37	0.13						2.0 (0.4 - 10.0)	0.41	
Hemoglobina (mg/dL)	8.7 ± 2.1	9.6 ± 1.7	0.03	0.9 (0.7 - 1.1)	0.24				0.8 (0.6 - 1.1)	0.19	
Albúmina (mg/dL)	3.7 ± 0.5	3.9 ± 0.6	0.03	0.7 (0.3 - 1.9)	0.48				0.6 (0.2 - 1.8)	0.40	
Puntaje depresión	19.8 ± 10.7	4.3 ± 3.1	< 0.01						1.1 (1.0 - 1.1)	0.06	
Puntaje ansiedad	16.5 ± 11.3	6.1 ± 5.2	< 0.01	1.1 (1.0 - 1.3)	0.01						
Puntaje distorsión cognitiva	65.7 ± 17.5	46.8 ± 15.4	< 0.01	1.1 (1.0 - 1.1)	< 0.01				1.1 (1.0 - 1.1)	0.01	
Puntaje calidad de vida	92.5 ± 18.7	112.7 ± 15.6	< 0.01	1.0 (0.9 - 1.0)	0.01				1.0 (0.9 - 1.0)	0.47	

## **Fase C: Diseño y aplicación de una ICC**

**Etapa III.-** Diseño de la ICC para disminuir síntomas de depresión y la ansiedad en pacientes con IRC en etapa terminal.

- a) Como resultado del diseño de la intervención cognitivo-conductual que se aplicó a los pacientes, se obtuvieron el Manual del Terapeuta y el Manual de Paciente, cuyas características y contenidos pueden ser consultados en los cuadernillos anexos.
- b) De los 60 pacientes aleatorizados, 38 fueron asignados a la intervención, que tuvo una pérdida de 7 pacientes (18.4%), mientras que fueron asignados 22 a grupo de control, que tuvo una pérdida de 4 pacientes (18.2%).

## **Fase D: Cálculo de la eficacia de la ICC**

**Etapa IV.-** Calcular la magnitud del efecto por grupo, reducción absoluta del riesgo, reducción relativa del riesgo, riesgo relativo y número necesario a tratar.

- a) La Tabla 6 muestra las características basales de los grupos de estudio (grupo tratamiento  $n = 31$  y control  $n = 18$ ) para las variables socio-demográficas y bioquímicas; puede observarse que no existían diferencias significativas cumpliendo con el principio de comparabilidad que muestra que la asignación aleatoria fue exitosa

**Tabla 6 Características basales de la muestra estudiada (N = 49). Los valores se presentan como frecuencias y porcentajes o medias y desviación estándar.**

		Total	Intervención (n=31)	Control (n=18)	OR (IC <sub>95%</sub> )	p*
<b>Variables sociodemográficas</b>						
Edad (años)		40.9 ±14.6	41.8 ± 14.7	41.7 ± 15.1		0.594
Sexo	Femenino	26 (51.1)	16 ( 51.6)	10 ( 55.6)	0.75 (0.23 - 2.41)	0.790
	Masculino	23 (46.9)	15 ( 48.4)	8 ( 44.4)		
Centro aplicador	CEIN	32 (65.3)	19 (61.3)	13 (72.2)	0.61 (0.17 - 2.15)	0.438
	INCICH	17 (34.7)	12 (38.7)	5 (27.8)		
¿Está activo laboralmente?	Sí	38 (77.6)	23 ( 74.2)	15 (83.3)	0.58 (0.13 - 2.52)	0.460
	No	11 (22.4)	8 ( 25.8)	3 ( 16.7)		
Grado escolar máximo	Solo primaria	15 (30.6)	11 ( 35.5)	4 (22.2)	1.93 (0.51 - 7.30)	0.332
	Secundaria o superior	34 (69.4)	20 (64.5)	14 ( 77.8)		
¿Vive sólo o en pareja?	Individual	17 (34.7)	10 (32.3)	7 ( 38.9)	0.75 (0.22 - 2.51)	0.638
	Pareja	32 (65.3)	21 (67.7)	11 ( 61.1)		
¿Trabaja actualmente?	Sí	16 (32.7)	11 ( 35.5)	5 (27.8)	1.43 (0.40 - 5.08)	0.579
	No	33 (67.3)	20 (64.5)	13 (72.2)		
¿Obtiene ingresos económicos?	Sí	21 (42.9)	13 (41.9)	8 (44.4)	0.90 (0.28 - 2.91)	0.864
	No	28 (57.1)	18 ( 58.1)	10 (55.6)		
¿Tiene o no dependientes?	Sí	25 (51.0)	15 ( 48.4)	10 (55.6)	0.75 (0.23 - 2.41)	0.628
	No	24 (49.0)	16 (51.6)	8 (44.4)		
¿Su vida involucra tener hijos?	Sí	32 (65.4)	22 (71.0)	10 (55.6)	1.95 (0.58 - 6.56)	0.275
	No	17 (34.7)	9 (29.0)	8 (44.4)		
¿Usa medicamentos?	Sí	23 (46.9)	17 (54.8)	6 (33.3)	2.43 (0.75 - 8.13)	0.146
	No	26 (53.1)	14 (45.2)	12 (66.7)		
¿Tiene otras comorbilidades?	Sí	22 (44.9)	15 (48.4)	7 (38.9)	1.47 (0.45 - 4.80)	0.519
	No	27 (55.1)	16 (51.6)	11 (61.1)		
¿Rechazo de trasplante previo?	Sí	5 (10.2)	3 (9.7)	2 (11.1)	0.85 (0.13 - 5.68)	0.873
	No	44 (89.8)	28 (90.3)	16 (88.9)		
¿Espera un trasplante?	Sí	5 (10.2)	2 (6.5)	3 (16.7)	0.35 (0.05 - 2.29)	0.255
	No	44 (89.8)	29 (93.5)	15 (83.3)		
<b>Variables bioquímicas</b>						
Hb (g/100 ml) (n=49)		9.1 ±2.2	9.1 ± 2.0	9.1 ± 2.4		0.961
Nitrógeno de Urea en sangre (pre) (mg/dL) (n=40)		66.0 ±19.8	62.2 ±19.5	73.8 ±18.5		0.081
Creatinina (mg/dL) (n=49)		8.6 ±2.7	8.4 ± 3.0	9.0 ± 2.1		0.473
Albumina (mg/dL) (n=49)		3.9 ±0.4	3.9 ± 0.4	3.9 ± 0.4		0.809
Glucosa (mg/dL) (n=34)		86.3 ±11.5	86.3 ±12.0	86.2 ±11.1		0.973
Acido Úrico (mg/dL) (n=34)		6.0 ±2.0	6.2 ± 2.2	5.7 ± 1.6		0.513
Fósforo (mg/dL) (n=34)		5.3 ±1.2	5.2 ± 1.3	5.5 ± 0.8		0.424
Potasio (mEq/L) (n=34)		4.6 ±0.7	4.6 ± 0.8	4.7 ± 0.6		0.872
Calcio (mg/dL) (n=34)		8.9 ±0.9	9.1 ± 0.8	8.5 ± 0.8		0.088

b) La Tabla 7 muestra la comparación de síntomas de depresión y ansiedad y sus sub-escalas, antes-después y entre grupos. El análisis de varianza de medidas repetidas ajustando los valores p mediante el estadístico de Bonferroni arrojó valores p superiores a 0.002 en todas las variables intra-grupo. El análisis entre el grupo experimental y el control arrojó similares diferencias significativas, todas menores a  $p = 0.025$ .

**Tabla 7 Comparación de síntomas de ansiedad y depresión antes y después de la intervención y comparación entre grupos de estudio. N=49, valores como medias y desviación estándar.**

		Intervención (n=31)	Control (n=18)	valor p*
<b>Ansiedad</b>	Linea Base	13.5 ± 10.7	14.7 ± 13	0.725
	Medición 1	12.3 ± 11.8	15.2 ± 12.4	0.412
	Medición 2	7.3 ± 8.0 &	16 ± 13.8	<b>0.007*</b>
	Valor p <sup>a</sup>	< <b>0.001</b>	0.788	
Ansiedad Somática	Linea Base	9.8 ± 8.2	10.1 ± 8.7	0.931
	Medición 1	9.2 ± 9.3	10.4 ± 8	0.632
	Medición 2	5.6 ± 6.7 &	11.3 ± 9.3	<b>0.017*</b>
	Valor p <sup>a</sup>	< <b>0.001</b>	0.673	
Ansiedad Cognitiva	Linea Base	3.6 ± 3.3	4.7 ± 4.6	0.380
	Medición 1	3.1 ± 3.1	4.8 ± 4.7	0.132
	Medición 2	1.7 ± 2.0 &	4.8 ± 4.6	<b>0.002*</b>
	Valor p <sup>a</sup>	< <b>0.001</b>	0.976	
<b>Depresión</b>	Linea Base	13.6 ± 7.6	15.8 ± 10.0	0.407
	Medición 1	10.2 ± 8.2 &	15 ± 10.9	0.084
	Medición 2	7.1 ± 7.2 &	14.7 ± 9.7	<b>0.003*</b>
	Valor p <sup>a</sup>	< <b>0.001</b>	0.866	
Depresión Somática	Linea Base	9.3 ± 4.5	10.2 ± 5.7	0.569
	Medición 1	7.6 ± 5.9	9.2 ± 6.1	0.368
	Medición 2	5.6 ± 5.2 &	9.2 ± 5.2	<b>0.025*</b>
	Valor p <sup>a</sup>	<b>0.001</b>	0.644	
Depresión Cognitiva	Linea Base	4.3 ± 4.2	5.6 ± 4.8	0.337
	Medición 1	2.7 ± 3.3	5.9 ± 5.6	<b>0.014*</b>
	Medición 2	1.5 ± 2.6 &	5.5 ± 5.3	<b>0.001*</b>
	Valor p <sup>a</sup>	<b>0.002</b>	0.858	

Los datos se presentan como medias y desviación estándar

<sup>a</sup> Comparación global intra-grupo

\* Comparación entre los grupos de intervención y control

& Medición con cambio significativo

La Tabla 8 analiza los resultados para la calidad de vida, mostrando cambios significativos en el grupo experimental para las sub-escalas *capacidad física*, *función psicológica*, *estado de ánimo positivo* y *estado de ánimo negativo*, con valores menores a  $p = 0.029$ . La comparación entre el grupo experimental y el control arrojó diferencias significativas para las primeras tres anteriores, más la *función social* y el *bienestar social*.

**Tabla 8 Comparación de la calidad de vida antes y después de la intervención y comparación entre grupos de estudio. N=49**

		Intervención (n=31)	Control (n=18)	p*
<i>Calidad de Vida (PECVEC)</i>				
Capacidad física	Linea Base	19.4 ± 4.9	17.8 ± 4.5	0.249
	Medición 1	21 ± 5.1	17.9 ± 5.1	<b>0.045</b>
	Medición 2	21.9 ± 5.5 &	17.9 ± 5.5	<b>0.019</b>
	Valor p <sup>a</sup>	<b>0.029</b>	0.993	
Función psicológica	Linea Base	20 ± 5.1	17 ± 6.1	0.067
	Medición 1	22.1 ± 5.7	18.7 ± 6.7	0.064
	Medición 2	23 ± 4.9	17.6 ± 6.3	<b>0.002</b>
	Valor p <sup>a</sup>	<b>0.008</b>	0.332	
Estado de ánimo positivo	Linea Base	10.3 ± 3.4	8.7 ± 3.3	0.105
	Medición 1	10.9 ± 3.9	8.6 ± 3	<b>0.034</b>
	Medición 2	12.1 ± 4.1 &	8.9 ± 3.1	<b>0.004</b>
	Valor p <sup>a</sup>	<b>0.014</b>	0.940	
Estado de ánimo negativo	Linea Base	21.9 ± 5.2	23.6 ± 5.1	0.284
	Medición 1	25.3 ± 4.9 &	24.4 ± 4.7	0.530
	Medición 2	25.3 ± 6.3 &	22.9 ± 5.7	0.182
	Valor p <sup>a</sup>	<b>0.001</b>	0.488	
Función social	Linea Base	14.4 ± 4.8	11.9 ± 4.8	0.081
	Medición 1	16 ± 4.5	11.9 ± 5.3	<b>0.005</b>
	Medición 2	16.1 ± 4.7	12.1 ± 5.2	<b>0.007</b>
	Valor p <sup>a</sup>	0.185	0.981	
Bienestar social	Linea Base	13.4 ± 3.5	12.7 ± 3.8	0.482
	Medición 1	14.5 ± 3.3	12.7 ± 3.8	0.093
	Medición 2	14.3 ± 3.2	12.2 ± 2.9	<b>0.021</b>
	Valor p <sup>a</sup>	0.182	0.635	

Los datos se presentan como medias y desviación estándar

<sup>a</sup> Comparación global intra-grupo

\* Comparación entre los grupos de intervención y control

& Medición con cambio significativo



c) La Tabla 9 compara el cambio intra y entre grupos para la variable *distorsión cognitiva* y *los pensamientos automáticos*. Hubo cambios significativos en el grupo experimental para el *perfeccionismo extrínseco*, *el catastrofismo*, *la auto-etiquetización negativa*, *el pensamiento dicotómico* y para ambas sub-escalas de *pensamientos automáticos*, asociadas respectivamente a ansiedad y depresión, con valores menores a  $p = 0.044$ .

**Tabla 9 Comparación de distorsión cognitiva y pensamientos automáticos antes y después de la intervención y comparación entre grupos de estudio (N = 49).**

		Intervención (n=31)	Control (n=18)	p*
<b>Distorsión cognitiva</b>				
Perfeccionismo intrínseco	Linea Base	6.9 ± 3.2	6.6 ± 3.3	0.743
	Medición 1	6.2 ± 2.5	7.9 ± 3.2	<b>0.041*</b>
	Medición 2	5.9 ± 2.2	7.9 ± 3.4	<b>0.013*</b>
	Valor p <sup>a</sup>	0.195	0.099	
Perfeccionismo extrínseco	Linea Base	4.2 ± 2.2	4.8 ± 2.4	0.430
	Medición 1	3.8 ± 1.7	4.2 ± 1.8	0.374
	Medición 2	3.2 ± 1.4 &	3.9 ± 1.7	0.102
	Valor p <sup>a</sup>	<b>0.044</b>	0.258	
Perfeccionismo Total	Linea Base	11.1 ± 5	11.3 ± 5	0.886
	Medición 1	9.9 ± 3.7	12.1 ± 4.6	0.076
	Medición 2	9 ± 3.3	11.8 ± 4.7	<b>0.019*</b>
	Valor p <sup>a</sup>	0.067	0.604	
Catastrofismo	Linea Base	26 ± 8.5	24.7 ± 10.1	0.632
	Medición 1	23.4 ± 9	25.9 ± 7.6	0.337
	Medición 2	19.2 ± 7.7 &	24 ± 9.1	<b>0.050*</b>
	Valor p <sup>a</sup>	<b>&lt;0.001</b>	0.591	
Autoetiquetización negativa	Linea Base	12.9 ± 5.6	13 ± 5.3	0.968
	Medición 1	12.4 ± 5.6	12.5 ± 4.9	0.926
	Medición 2	10.5 ± 5 &	11.4 ± 4.9	0.522
	Valor p <sup>a</sup>	<b>0.002</b>	0.411	
Pensamiento dicotómico	Linea Base	10.4 ± 4.7	8.9 ± 4.7	0.258
	Medición 1	9.5 ± 3.8	11.6 ± 5.3	0.108
	Medición 2	8.5 ± 4.0	11.7 ± 5.4	<b>0.020*</b>
	Valor p <sup>a</sup>	<b>0.040</b>	0.088	
Índice total de distorsión cognitiva	Linea Base	63.8 ± 19.6	61.8 ± 24.6	0.741
	Medición 1	58.2 ± 19.7	65.3 ± 18.2	0.218
	Medición 2	49.6 ± 17.9 &	61.4 ± 19.7	<b>0.037*</b>
	Valor p <sup>a</sup>	<b>0.003</b>	0.506	
<b>Pensamientos automáticos</b>				
Asociados a ansiedad	Linea Base	20.8 ± 7	20.3 ± 7.9	0.82
	Medición 1	19.6 ± 5.6	20.7 ± 6.3	0.531
	Medición 2	16.7 ± 6 &	20.5 ± 6.7	<b>0.042*</b>
	Valor p <sup>a</sup>	<b>0.008</b>	0.977	
Asociados a depresión	Linea Base	24.4 ± 8	24.1 ± 10.3	0.89
	Medición 1	21.3 ± 6.9	23 ± 8.2	0.450
	Medición 2	20.2 ± 6.6 &	22.8 ± 8.4	0.246
	Valor p <sup>a</sup>	<b>0.010</b>	0.728	

Los datos se presentan como medias y desviación estándar

<sup>a</sup> Comparación global intra-grupo

\* Comparación entre los grupos de intervención y control

& Medición con cambio significativo

Por último, la Tabla 10 muestra resultados no significativos en todas las sub-escalas del instrumento de actitudes disfuncionales, en cualquiera de sus comparaciones, intra o entre grupos.

**Tabla 10 Comparación de actitudes disfuncionales antes y después de la intervención y comparación entre grupos de estudio (N = 49).**

		Intervención (n=31)	Control (n=18)	valor p*
<b><i>Actitudes Disfuncionales</i></b>				
Perfeccionismo	Linea Base	21.1 ± 7.1	20.5 ± 8.2	0.789
	Medición 1	19.2 ± 6.8	18.4 ± 5.9	0.674
	Medición 2	19.9 ± 7.6	16.2 ± 4.8	0.073
	Valor p <sup>a</sup>	0.363	0.076	
Aceptación incondicional	Linea Base	8.0 ± 3.6	8.5 ± 4.2	0.679
	Medición 1	7.6 ± 2.5	6.8 ± 2.6	0.313
	Medición 2	7.9 ± 3.3	6.7 ± 2.5	0.154
	Valor p <sup>a</sup>	0.603	0.106	
Aceptación de los demás	Linea Base	7.3 ± 3.3	6.9 ± 3	0.628
	Medición 1	6.6 ± 2.2	5.7 ± 2.1	0.126
	Medición 2	6.4 ± 2.5	5.1 ± 1.7	0.062
	Valor p <sup>a</sup>	0.245	0.068	
Aceptación de sí mismo	Linea Base	5.1 ± 2.4	5.2 ± 2.3	0.979
	Medición 1	4.9 ± 2.5	5.2 ± 2.6	0.690
	Medición 2	4.5 ± 2	4.4 ± 2.7	0.925
	Valor p <sup>a</sup>	0.301	0.242	
Reactivos fuera	Linea Base	12.6 ± 3.9	13.4 ± 3.4	0.514
	Medición 1	12.9 ± 3.7	13.3 ± 3.9	0.732
	Medición 2	12.3 ± 3	12.8 ± 3.8	0.617
	Valor p <sup>a</sup>	0.723	0.837	

Los datos se presentan como medias y desviación estándar

<sup>a</sup> Comparación global intra-grupo

\* Comparación entre los grupos de intervención y control

& Medición con cambio significativo

## Productos generados

1. Se diseñó y validó un nuevo instrumento para medir distorsión cognitiva específico para pacientes mexicanos con IRC.
2. Un modelo estadístico de los factores que explican la presencia de síntomas de depresión y ansiedad en pacientes con IRC mexicanos.
3. Diseño y aplicación de una ICC en un grupo experimental vs. el tratamiento médico convencional para modificar síntomas de depresión y ansiedad en pacientes con IRC.
4. Evaluación de la utilidad clínica de la ICC en pacientes renales vs. el tratamiento médico convencional.
5. Se integraron y probaron exploratoriamente dos manuales (anexos 11 y 12) que contienen el desarrollo específico de cada sesión, uno para el paciente y otro para el aplicador terapeuta, en un grupo de 5 voluntarios sanos; se usaron las mismas instalaciones, horarios, procedimientos, como si fueran pacientes renales. Se tomaron notas, se registraron los tiempos de duración de la sesiones y se utilizaron exactamente los mismos materiales indicados por los manuales. Posteriormente los manuales fueron ajustados conforme a la opinión y supervisión de una experta en Terapia Cognitivo Conductual (RRG), mismos que fueron utilizados en este estudio.
6. Presentaciones en un Congreso Internacional y tres nacionales sobre la IRC:
  - a. *“Factores clínicos, socio-demográficos y psicológicos predictores de depresión y ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica”*. Reunión anual del Instituto Mexicano de Investigaciones Nefrológicas (IMIN), diciembre del 2011. Presentación en póster.
  - b. *“Validación de un instrumento para evaluar distorsión cognitiva asociada a depresión y ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica”*. Reunión anual del IMIN, diciembre del 2010. Exposición oral.
  - c. *“Depression symptoms and cognitive distortions of chronic renal failure patients treated with hemodialysis or peritoneal dialysis”*. 13th. Congress of the International Society for Peritoneal Dialysis. Julio 2010. Exposición oral.
  - d. *“Identificación de palabras definidoras de la distorsión cognitiva en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis: diseño de un instrumento de*

*medición psicológica”. Congreso Iberoamericano de Nefrología, México, noviembre del 2009. Presentación en póster.*

7. Publicación de al menos un artículo científico en revista indexada.

*“Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación de distorsiones cognitivas en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal”. Salud Mental 2012; 35:189-194. Mayo-junio de 2012 (Anexo 9).*

8. Envío a revisión y eventual publicación de un artículo con los resultados del ensayo clínico. *“Brief cognitive-behavioral intervention for depression and anxiety symptoms improve quality of life among chronic hemodialysis patients”. Revista: Nephrology Dialysis Transplantation (Anexo 10).*

### **Beneficios del proyecto realizado**

- Los pacientes que participaron en la intervención cognitivo-conductual se beneficiaron del conocimiento de dichas relaciones en su desempeño cognitivo y conductual y el impacto que tiene en sus síntomas depresivos y ansiosos.
- Se generaron un instrumento específico para medir distorsión cognitiva y un modelo explicativo de las variables clínicas y socio-demográficas que mejor explican los síntomas de depresión y ansiedad en pacientes con IRC.

# Capítulo 7

## Discusión

### **Fase A (Etapa I) Desarrollo y validación del instrumento de distorsión cognitiva**

El desarrollo de instrumentos específicos para la evaluación cognitivo-conductual de los pacientes con IRC es necesario para comprender mejor los factores psicosociales involucrados y sus consecuencias, así como para el desarrollo y evaluación de efectividad de intervenciones psicológicas para el tratamiento de la depresión y ansiedad [100] que impactan de forma importante en la calidad de vida de estos pacientes y sus familiares [2;3]. Los instrumentos disponibles para medir distorsión cognitiva son para población general sana y diferentes enfermedades [57;59-62] por lo cual requerían estudio y adaptación para quienes sufren IRC en etapa terminal, sobre todo de tipo crónico.

Los datos psicométricos producto del presente estudio demuestran que el instrumento propuesto es una medida válida y confiable para la evaluación de distorsiones cognitivas asociadas a depresión y ansiedad en pacientes renales [100].

De las 14 categorías o variables de distorsión cognitiva que se han planteado a la fecha [57], este trabajo confirma la presencia de al menos cuatro constructos teóricos simples y uno compuesto (perfeccionismo) en los pacientes mexicanos con IRC (catastrofismo, pensamiento dicotómico, perfeccionismo intrínseco y extrínseco y autoetiquetización negativa), que se asocian a la gravedad de sus síntomas ansiosos y depresivos. Además el nuevo instrumento tuvo altas y significativas correlaciones con varias sub-escalas del PECVEC y con ambas sub-escalas del cuestionario de pensamientos automáticos, lo que da fortaleza a aquél y sugiere validez externa de constructo, punto que tendrá que ser analizado e investigado.

Contar con un instrumento validado específico para pacientes renales es una valiosa oportunidad para complementar y apoyar la labor diagnóstica, pronóstica y de intervención oportuna a los pacientes con IRC. Conocer estas distorsiones permitiría la detección de pacientes vulnerables cognitivamente [58] ante los factores

estresantes que enfrentan por su enfermedad, y que los hace más propensos a comportamientos inadecuados (como el abandono del tratamiento) y consecuencias negativas tanto físicas (deterioro en su salud), como mentales (e.g. depresión, ansiedad) y sociales (e.g., pérdida de apoyo social o de independencia funcional).

Aunque aún desconocemos el efecto específico del catastrofismo en la IRC, suponemos que podría predisponer a los pacientes a hipersensibilidad y respuestas inadecuadas ante los síntomas de eventos adversos [59;60;62;63], como la hipotensión durante la hemodiálisis, por ejemplo. A pesar de que no se ha investigado el papel del perfeccionismo, la autovalorización externa y la autoetiquetización negativa en el tratamiento médico y pronóstico de enfermedades crónicas, proponemos que los pacientes que son muy rígidos y dependientes de las evaluaciones externas respecto a su valía personal pueden presentar mayores dificultades para determinar la pertinencia y tomar la decisión de involucrarse en una intervención o tratamiento particular. Finalmente, la autoetiquetización negativa podría disminuir la probabilidad de que el paciente con IRC busque atención oportuna y adecuada para resolver sus necesidades de salud (e.g., la petición de ayuda ante el personal médico y de enfermería), así como sus necesidades sociales y familiares (e.g., la búsqueda de apoyo social). Esta relación tendría implicaciones importantes porque se ha observado que el apoyo social es un factor asociado a la calidad de vida de los pacientes [1].

Considerando el número y características relativamente homogéneas de la muestra utilizada para el desarrollo del instrumento, es necesario confirmar los datos en una población más heterogénea de pacientes con IRC, así como obtener baremos en muestras amplias. Se sugiere además su evaluación en pacientes con otras enfermedades crónicas con reconocida comorbilidad con ansiedad y depresión que ameritan tratamiento.

## **Etapas II**

En la muestra estudiada, La prevalencia de síntomas de ansiedad (puntuación igual o mayor a 20) fue de 24%, mientras que para depresión (puntuación igual o mayor a 10) fue de 56%, medidos respectivamente con los Inventarios de Beck de

Depresión y de Ansiedad, haciendo comparable este estudio con otros previamente publicados.

Nuestra muestra fue escogida en los valores medios de gravedad de síntomas de depresión y ansiedad, haciéndola además diferente de otros estudios en que ninguno estaba bajo tratamiento farmacológico psiquiátrico. Los pacientes con niveles severos de depresión y ansiedad son comúnmente los más atendidos y estudiados debido a su condición, pero existen pocos estudios que se enfoquen en los de nivel moderado y leve. Es razonable esperar que la progresión normal de la enfermedad derive en agravamiento de los síntomas de depresión y ansiedad, por lo cual se justifica el estudio y atención preventivos mediante instrumentos válidos, específicos y confiables, como el DISCOG.

Este estudio aporta información valiosa sobre la prevalencia de la calidad de vida en estos pacientes en cada una de las sub-escalas del PECVEC, sin dejar de apreciar la correlación significativa de algunas de sus sub-escalas con los pensamientos distorsionados y los síntomas de depresión y ansiedad.

### **Fase B: Análisis de regresión logística**

El análisis multivariado de regresión logística arroja información muy valiosa para el conocimiento de la enfermedad y las características de este tipo de pacientes, ya que, por un lado, confirma la asociación reportada previamente en la literatura y por el otro se lograron dos modelos que prueban el papel independiente de variables como la distorsión cognitiva, la ansiedad y la calidad de vida para predecir síntomas depresivos, mientras que el modelo de ansiedad arrojó a la distorsión cognitiva como predictiva de ansiedad, en tanto que el puntaje en depresión mostró clara tendencia significativa como variable independiente asociada a la misma.

Existen reportes de asociación entre la depresión y diversas variables clínicas en los pacientes con IRC, como la edad, desnutrición, anemia y estado pro-inflamatorio crónico [1]. En los pocos estudios que han abordado la asociación de la depresión con variables clínicas con análisis multivariado, los factores que encontraron independientemente asociados a la depresión difieren de un estudio a otro. Por ejemplo, Hung KC et al [101] encontraron que en pacientes en hemodiálisis la puntuación del BDI tenía correlación directa (e independiente) con los niveles de

interleucinas 6 y con el número de co-morbilidades, mientras que tenía correlación inversa con los niveles de albúmina y con la edad), mientras que no hubo correlación entre la puntuación del BDI y el género del paciente. En contraste, en otro estudio con un modelo multivariado se encontró que la puntuación de depresión, que fue mayor en las mujeres, tenía un peso más significativo para predecir baja calidad de vida relacionada a la salud, en comparación con otras variables como el número de co-morbilidades y la eficiencia de la diálisis [102]. En un tercer estudio se reporta que los altos puntajes de depresión estuvieron asociados con: niveles bajos de hemoglobina y albúmina, niveles altos de proteína C reactiva, y niveles altos de ansiedad [103].

En el presente proyecto, los pacientes con síntomas de depresión tuvieron menos hemoglobina, menos albúmina, mayor proporción de desempleo, mayor puntaje de ansiedad, de distorsión cognitiva y de calidad de vida (Tabla 5). Sin embargo, al análisis de regresión múltiple confirmó como variables asociadas independientemente a la depresión sólo a la ansiedad, distorsión cognitiva y la calidad de vida.

En cuanto a la ansiedad en los pacientes con IRC, hay menos investigación acerca de los factores asociados al diagnóstico de ansiedad o la presencia de los síntomas. Se ha reportado que los pacientes con IRC con diagnóstico de ansiedad no tienen diferencias en edad, educación, número de hospitalizaciones, sexo, proporción de desempleados, o uso de tratamiento mental previo, en comparación con los pacientes sin diagnóstico de ansiedad [4]. En otro estudio no se encontró relación entre la ansiedad y la albúmina, la tasa de reducción de urea [82].

En este proyecto se encontró que los pacientes con síntomas de ansiedad tuvieron tendencia a más casos con diabetes mellitus, menor hemoglobina y albúmina, y tuvieron significativamente mayor puntajes de depresión, distorsión cognitiva y menor calidad de vida (Tabla 5). Sin embargo, el análisis de regresión múltiple confirmó solamente a la distorsión cognitiva como una variable asociada independientemente a la presencia de síntomas de ansiedad. La presencia de síntomas de depresión, reportada en un estudio previo como un factor independiente asociado al diagnóstico de ansiedad [82] tuvo una tendencia similar en el presente estudio, pero sin alcanzar significancia estadística ( $p = 0.06$ ).



### **Fase C (Etapa III) Intervención cognitivo conductual (Ensayo Clínico Aleatorizado)**

Los pacientes deprimidos con IRC en hemodiálisis tienen el doble de probabilidad de morir o ser hospitalizados en su primer año de tratamiento, comparados con los que no presentan depresión [7;44]. Desafortunadamente, los síntomas de ansiedad [104;105] y de depresión [106] no son aceptados médicamente como una amenaza para estos pacientes. Nuestra intervención mejoró la calidad de vida en los pacientes, pero se requieren más estudios para evaluar el potencial de impacto en la morbilidad y mortalidad de los pacientes.

Frecuentemente algunos médicos inician el tratamiento de los síntomas de depresión y ansiedad prescribiendo fármacos antidepresivos y/o pláticas educativas sobre la enfermedad, en vez de iniciar directamente la evaluación psicológica, seguida o acompañada por del tratamiento médico habitual y la intervención psicológica [40;106]. Otros especialistas sugieren al menos iniciar con una evaluación diagnóstica, pero solo 3 al 25% de los pacientes diagnosticados con depresión moderada a severa son tratados, ya sea farmacológica o psicológicamente [44].

En razón de los efectos adversos de los medicamentos sobre los pacientes con IRC, los médicos están ahora interesados en terapias innovadoras como la música [8], el ejercicio [10;11], cambios en el régimen de hemodiálisis [12;13] y la terapia cognitivo conductual [14]. Esta última terapia es considerada el estándar de oro para el tratamiento de la ansiedad y la depresión, cuando está asociada a la toma pobre de decisiones o la inadecuada solución de problemas y el pensamiento emocional distorsionado en pacientes que presentan emociones y sentimientos negativos elevados [7].

Por lo tanto, este estudio representa una respuesta esperanzadora a llamados urgentes muy recientes que claman por tratamientos alternos y al mismo tiempo brinda una valiosa guía al personal relacionado con la atención de la salud, en sus esfuerzos para atender psicológicamente a estos pacientes [7;15;77;80;107]. Produjimos dos manuales (para el terapeuta y para el paciente) como una guía que explica la intervención cognitivo conductual aplicada, de manera sistemática, estructurada y breve que fue validada con esta población clínica. El personal

relacionado con la atención a la salud (enfermeras, médicos, trabajadores sociales y psicólogos no expertos), deberían ser capaces de aplicar eficientemente la intervención (como se hizo en este estudio), previa capacitación breve con dichos manuales, como ha sido propuesto recientemente [15].

Este estudio usó una intervención breve (5 semanas) para tratar pacientes con niveles leves y moderados de ansiedad y depresión, en contraste con previos reportes de intervenciones de mayor duración, que enfatizan la atención en tratar niveles severos de depresión y por lo tanto ingiriendo fármacos antidepresivos [30;45;77]. Los pacientes con niveles leves o moderados de ansiedad y depresión podrían responder más positivamente a la intervención cognitivo conductual, en razón de que se espera que estén menos deteriorados cognitivamente y emocionalmente. Mucho mejor, debido a que no están ingiriendo antidepresivos, los secundarios serían raros o ausentes. Esto es importante porque se ha reportado decremento en la calidad de vida en pacientes con IRC de larga duración, y por lo tanto se justifica y es crucial la intervención temprana, como ha sido sugerido previamente [108].

Demostremos la comparabilidad inicial de ambos grupos de estudio (intervención y control) mediante una rigurosa selección y distribución, que se mostró en las características socio-demográficas, bioquímicas y las variables de desenlace de la línea base. Esta comparabilidad (antes y a lo largo del estudio) fue esencial, porque incrementa la certidumbre de los hallazgos reportados.

Exploramos de manera exitosa las distorsiones cognitivas y su asociación con los síntomas de depresión y ansiedad en los pacientes con IRC. Previos estudios [36;109] se enfocan en la función cognitiva intelectual, pero no en la función cognitiva conductual o efectuaron intervenciones de mayor duración [2;36;109]. En concordancia con reportes previos [53;73;110], nuestros hallazgos muestran que la función cognitivo conductual tiene un importante rol para explicar los síntomas depresivos y ansiosos y que son modificables mediante intervenciones psicológicas, incluso de tipo breve.

Tenemos ahora la posibilidad no solo de identificar distorsiones cognitivas en estos pacientes [90], sino incluso establecer su relación con ansiedad, depresión y calidad de vida, como ha sido hecho con otras enfermedades [57-64]. Todavía más, aún cuando el entendimiento de la función intelectual es importante para los

pacientes con enfermedades crónicas[5], nuestros resultados ofrecen conocimiento de la función cognitivo conductual, información que podría ser muy útil [73] para apoyar y complementar los esfuerzos médicos para mejorar el diagnóstico, tratamiento y pronóstico, así como la calidad de vida en esta población específica con IRC. Además, ahora es posible explicar lo que cambió en los pacientes que recibieron la intervención cognitivo conductual (disminuyeron síntomas de ansiedad y depresión, los pensamientos distorsionados y mejoró la calidad de vida). Este hallazgo permitiría entonces afinar la intervención para incidir en lo que no cambiara.

#### **Fase D (Etapa IV) Medidas de efecto del tratamiento:**

El efecto del tratamiento en el grupo experimental logró disminuir los síntomas de depresión en un 77% de los pacientes, mientras que en el grupo control solo el 44% lo lograron. En cuanto a la ansiedad en el grupo experimental, ésta disminuyó en 71% contra solo 28% en el grupo control.

Las medidas de efecto de la intervención para la depresión indican una superioridad del 33% (Reducción Absoluta del Riesgo) comparada contra la atención médica convencional por sí sola. Mediante la ICC podría lograrse una Reducción del Riesgo Relativo en 74% de los pacientes y un Riesgo Relativo casi del doble (RR= 1.7). Nuestros resultados indican que 33 pacientes de cada 100 tratados reducen o eliminan los síntomas depresivos con esta ICC, necesitándose tratar (NNT) a 3 pacientes para obtener mejoría en un paciente.

En cuanto a los síntomas de ansiedad, esta ICC tuvo un efecto superior (o utilidad clínica) del 43% (RAR) comparado con la atención médica convencional, lo que se traduce en que 43 de cada 100 pacientes tratados con la ICC reducen o eliminan la ansiedad, necesitándose solo 2 pacientes a tratar para obtener el beneficio en un paciente. Se logró una Reducción en el Riesgo Relativo de ansiedad de 1.6 veces en el grupo experimental.

Este estudio demostró superioridad de la intervención cognitivo conductual comparada contra la atención médica convencional (grupo de control), casi duplicando las probabilidades de disminuir el riesgo relativo en los pacientes bajo tratamiento aunado al tratamiento convencional, donde el número necesario a tratar fue 3 a 1. En cuanto a la ansiedad, el beneficio fue casi el doble superior y el número

necesario de pacientes a tratar fue 2 a 1. Así, nuestros resultados no solo confirman, sino amplían la idea de que los pacientes con IRC son ideales para estudiar el estrés y otros factores que pueden modificarse mediante una intervención cognitivo conductual [82].

# Capítulo 8

## Limitaciones, recomendaciones y conclusiones

### **Limitaciones del estudio**

A.- Este estudio validó y utilizó un instrumento diseñado específicamente para identificar distorsiones cognitivas en pacientes con IRC, con el objetivo de ofrecerles una atención más integral. Sin embargo, se requieren más estudios para establecer puntos de corte estandarizados para esta y otras poblaciones clínicas.

B.- Se sabe que los síntomas de depresión y ansiedad cambian espontáneamente con el tiempo y probablemente ocurra lo mismo con los pensamientos distorsionados. No se evaluó la repetibilidad del instrumento que identifica distorsiones cognitivas (por ejemplo mediante un análisis de concordancia de 2 mediciones por sujeto), por lo que no podemos descartar que las distorsiones cognitivas cambien con el tiempo por sí mismas. Sin embargo, en el ensayo clínico aleatorizado de este mismo estudio comparamos el cambio en el tiempo (basal y después de 5 y 9 semanas) en ambos grupos (intervención y control), y no observamos cambios significativos en el tiempo en el grupo control.

B.- Incluimos solo pacientes en etapa terminal con tratamiento sustitutivo de hemodiálisis, por lo cual se requiere probar la intervención con otras modalidades, como diálisis peritoneal o tratamiento conservador y cuidados paliativos.

C.- No conocemos el impacto de esta intervención en otros aspectos clínicos, como son los parámetros bioquímicos, el apego al tratamiento de diálisis, la sobrevivencia o el riesgo de hospitalización, puntos que deberán explorarse en futuras investigaciones.

D.- Estudios futuros debieran evaluar el efecto de la intervención en percepción y uso de las redes de apoyo social por parte de los pacientes con IRC.

E.- Aunque los pacientes que participaron en el estudio fueron asignados aleatoriamente a uno u otro grupo, se anticiparon mayores pérdidas en el grupo de

intervención, por lo que se incluyó una proporción mayor de pacientes en dicha rama que el grupo control, aspecto que pudiera sugerir que es una muestra desbalanceada, pero como pudo observarse en los resultados, ambos grupos fueron comparables y equivalentes estadísticamente, como se vio en el Tabla 1 y en los cambios significativos observados en los análisis y tablas posteriores.

F.- En futuros estudios conviene agregar un grupo con tratamiento alternativo, para controlar el efecto placebo (por ejemplo, mediante entrevistas semanales con un psicoterapeuta).

**A partir de los hallazgos de este proyecto, se plantean las siguientes recomendaciones:**

1.- Utilizar la ICC específica para tratar la depresión y ansiedad en pacientes con IRC en etapa terminal

2.- Utilizar el material que asegura la reproducibilidad de la ICC en la capacitación del personal que trata la depresión y ansiedad en pacientes con IRC en fase terminal.

3.- Se deben identificar específicamente los síntomas de la depresión y la ansiedad y calidad de vida en pacientes con IRC en etapa terminal desde el inicio del tratamiento sustitutivo y antes y después de aplicar tratamientos psicológicos.

4.- Utilizar el instrumento DISCOG para identificar las distorsiones cognitivas en pacientes con IRC en etapa terminal para otorgar una atención integral y para otros estudios de investigación.

5.- Considerar los factores asociados a depresión y ansiedad y las distorsiones cognitivas en este grupo poblacional para intervenciones preventivas y de tratamiento temprano.

## Conclusiones

- En este proyecto se diseñó una intervención cognitivo conductual breve, sistemática y estructurada específica para pacientes con IRC y se demostró que la ICC es efectiva para reducir los síntomas de ansiedad y depresión e incrementar la calidad de vida con resultados superiores al tratamiento médico convencional. Estudios futuros deberían adicionar un tratamiento alternativo para determinar si existe efecto placebo de interés.
- Las distorsiones cognitivas en esta población pueden ahora ser identificadas y medidas mediante un nuevo instrumento psicológico específico y validado para estos pacientes.
- Los manuales desarrollados en este estudio pueden ser un valioso apoyo a los esfuerzos y participación de profesionales de la salud no especializados en intervención cognitivo conductual, como enfermeras, médicos, trabajadores sociales y psicólogos, lo que abre la oportunidad de ser replicados y explorados en diversas poblaciones clínicas.
- Los factores que predicen de manera independiente la presencia de depresión son el puntaje total de ansiedad, el de distorsión cognitiva y el de calidad de vida. La distorsión cognitiva es el factor que predice ansiedad en estos pacientes.
  - Se requiere estudiar el efecto de esta intervención en otras modalidades sustitutivas de diálisis, como por ejemplo en etapas previas de evolución de la enfermedad, en diálisis peritoneal, en trasplantados y otras enfermedades crónicas.

## Referencias

1. Cukor D, Cohen SD, Peterson RA, Kimmel PL: Psychosocial aspects of chronic disease: ESRD as a paradigmatic illness. *J Am Soc Nephrol* 2007;18:3042-3055.
2. Shidler NR, Peterson RA, Kimmel PL: Quality of life and psychosocial relationships in patients with chronic renal insufficiency. *Am J Kidney Dis* 1998;32:557-566.
3. Cukor D, Rosenthal DS, Jindal RM, Brown CD, Kimmel PL: Depression is an important contributor to low medication adherence in hemodialyzed patients and transplant recipients. *Kidney Int* 2009.
4. Cukor D, Coplan J, Brown C, Friedman S, Newville H, Safier M, Spielman LA, Peterson RA, Kimmel PL: Anxiety disorders in adults treated by hemodialysis: a single-center study. *Am J Kidney Dis* 2008;52:128-136.
5. Dahbour SS, Wahbeh AM, Hamdan MZ: Mini mental status examination (MMSE) in stable chronic renal failure patients on hemodialysis: The effects of hemodialysis on the MMSE score. A prospective study. *Hemodial Int* 2009;13:80-85.
6. Madero M, Gul A, Sarnak MJ: Cognitive function in chronic kidney disease. *Semin Dial* 2008;21:29-37.
7. Hedayati SS, Yalamanchili V, Finkelstein FO: A practical approach to the treatment of depression in patients with chronic kidney disease and end-stage renal disease. *Kidney Int* 2012;81:247-255.
8. Maratos AS, Gold C, Wang X, Crawford MJ: Music therapy for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;CD004517.
9. Kouidi E, Karagiannis V, Grekas D, Iakovides A, Kaprinis G, Tourkantonis A, Deligiannis A: Depression, heart rate variability, and exercise training in dialysis patients. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2010;17:160-167.
10. Levendoglu F, Altintepe L, Okudan N, Ugurlu H, Gokbel H, Tonbul Z, Guney I, Turk S: A twelve week exercise program improves the psychological status, quality of life and work capacity in hemodialysis patients. *J Nephrol* 2004;17:826-832.
11. Ouzouni S, Kouidi E, Sioulis A, Grekas D, Deligiannis A: Effects of intradialytic exercise training on health-related quality of life indices in haemodialysis patients. *Clin Rehabil* 2009;23:53-63.
12. Chertow GM, Levin NW, Beck GJ, Depner TA, Eggers PW, Gassman JJ, Gorodetskaya I, Greene T, James S, Larive B, Lindsay RM, Mehta RL, Miller B, Ornt DB, Rajagopalan S, Rastogi A, Rocco MV, Schiller B, Sergeyeveva O, Schulman G, Ting GO, Unruh ML, Star RA, Klinger AS: In-center hemodialysis six times per week versus three times per week. *N Engl J Med* 2010;363:2287-2300.



13. Jaber BL, Lee Y, Collins AJ, Hull AR, Kraus MA, McCarthy J, Miller BW, Spry L, Finkelstein FO: Effect of daily hemodialysis on depressive symptoms and postdialysis recovery time: interim report from the FREEDOM (Following Rehabilitation, Economics and Everyday-Dialysis Outcome Measurements) Study. *Am J Kidney Dis* 2010;56:531-539.
14. Duarte PS, Miyazaki MC, Blay SL, Sesso R: Cognitive-behavioral group therapy is an effective treatment for major depression in hemodialysis patients. *Kidney Int* 2009;76:414-421.
15. Weiner S, Kutner NG, Bowles T, Johnstone S: Improving psychosocial health in hemodialysis patients after a disaster. *Soc Work Health Care* 2010;49:513-525.
16. Martín de Francisco A, Rodríguez-Puyol D, Praga M: *Nefrología clínica*. Madrid, 1997.
17. National Kidney Foundation: K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Am J Kidney Dis* 2002;39:S1-266.
18. Mac Gregor G: Insuficiencia renal crónica. *Med Int Mex* 1997;2-22.
19. García M: Insuficiencia renal crónica; in Moyba - Mosby (ed): *Medicina interna.*, 1996 pp 886-892.
20. Guyton A, Hall J: Formación de la orina en los riñones: I. Filtración glomerular, riego sanguíneo renal y su regulación.; in Mc Graw-Hill Interamericana (ed): *Tratado de fisiología médica*. México, 1997 pp 343-360.
21. Merino A, Noguerras S, Buendia P, Ojeda R, Carracedo J, Ramirez-Chamond R, Martin-Malo A, Aljama P: Microinflammation and endothelial damage in hemodialysis. *Contrib Nephrol* 2008;161:83-88.
22. Methe H, Weis M: Atherogenesis and inflammation--was Virchow right? *Nephrol Dial Transplant* 2007;22:1823-1827.
23. Davignon J, Ganz P: Role of endothelial dysfunction in atherosclerosis. *Circulation* 2004;109:III27-III32.
24. Ross R: Atherosclerosis--an inflammatory disease. *N Engl J Med* 1999;340:115-126.
25. Stenvinkel P: Endothelial dysfunction and inflammation-is there a link? *Nephrol Dial Transplant* 2001;16:1968-1971.
26. Chilcot J, Wellsted D, Farrington K: Depression in End-Stage Renal Disease: Current Advances and Research. *Semin Dial* 2009.
27. Clucas C, Sibley E, Harding R, Liu L, Catalan J, Sherr L: A systematic review of Interventions for anxiety in people with HIV. *Psychol Health Med* 2011;16:528-547.

28. Cruz LN, Fleck MP, Polanczyk CA: Depression as a determinant of quality of life in patients with chronic disease: data from Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010;45:953-961.
29. Jadoulle V, Hoyois P, Jadoul M: Anxiety and depression in chronic hemodialysis: some somatopsychic determinants. *Clin Nephrol* 2005;63:113-118.
30. Zalai D, Szeifert L, Novak M: Psychological distress and depression in patients with chronic kidney disease. *Semin Dial* 2012;25:428-438.
31. Davison G, Neale J: *Psicología de la conducta anormal*. México, Limusa-Wiley, 2002.
32. Rojtenberg S, Moreno F: Trastornos depresivos monopolares; in Alarcon R, Mazzotti G, Nicolini H (eds): *Psiquiatría*. Washington, OPS, 2005.
33. Pérez-Alvarez M, García-Montes J: Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema* 2001;13:493-510.
34. Nezu AM, Nezu CM, Lombardo E: *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales: Un enfoque basado en problemas.*, ed Primera. México, Manual Moderno, 2006.
35. Hedayati SS, Bosworth HB, Briley LP, Sloane RJ, Pieper CF, Kimmel PL, Szczech LA: Death or hospitalization of patients on chronic hemodialysis is associated with a physician-based diagnosis of depression. *Kidney Int* 2008;74:930-936.
36. Hedayati SS, Minhajuddin AT, Toto RD, Morris DW, Rush AJ: Prevalence of major depressive episode in CKD. *Am J Kidney Dis* 2009;54:424-432.
37. Kimmel PL: Depression in patients with chronic renal disease: what we know and what we need to know. *J Psychosom Res* 2002;53:951-956.
38. Kimmel PL, Peterson RA: Depression in end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: tools, correlates, outcomes, and needs. *Semin Dial* 2005;18:91-97.
39. Micozkadioglu H, Micozkadioglu I, Zumrutdal A, Erdem A, Ozdemir FN, Sezer S, Haberal M: Relationship between depressive affect and malnutrition-inflammation complex syndrome in haemodialysis patients. *Nephrology (Carlton)* 2006;11:502-505.
40. Wuerth D, Finkelstein SH, Ciarcia J, Peterson R, Kliger AS, Finkelstein FO: Identification and treatment of depression in a cohort of patients maintained on chronic peritoneal dialysis. *Am J Kidney Dis* 2001;37:1011-1017.
41. Boulware LE, Liu Y, Fink NE, Coresh J, Ford DE, Klag MJ, Powe NR: Temporal relation among depression symptoms, cardiovascular disease events, and mortality

- in end-stage renal disease: contribution of reverse causality. *Clin J Am Soc Nephrol* 2006;1:496-504.
42. Dervisoglu E, Kir HM, Kalender B, Eraldemir C, Caglayan C: Depressive symptoms and proinflammatory cytokine levels in chronic renal failure patients. *Nephron Clin Pract* 2008;108:c272-c277.
  43. Chilcot J, Wellsted D, Farrington K: Illness representations are associated with fluid nonadherence among hemodialysis patients. *J Psychosom Res* 2010;68:203-212.
  44. Watnick S, Kirwin P, Mahnensmith R, Concato J: The prevalence and treatment of depression among patients starting dialysis. *Am J Kidney Dis* 2003;41:105-110.
  45. Szeifert L, Molnar MZ, Ambrus C, Koczy AB, Kovacs AZ, Vamos EP, Keszei A, Mucsi I, Novak M: Symptoms of depression in kidney transplant recipients: a cross-sectional study. *Am J Kidney Dis* 2010;55:132-140.
  46. Mudgal J, Guimaraes G, Díaz-Montiel J, Salmerón J: Depression among health workers: The role of social characteristics, work stress, and chronic diseases. *Salud Mental* 2006;29:1-8.
  47. Sánchez-Sosa, JJ. Taller de terapia cognitiva conductual para el tratamiento de la depresión. XII Congreso mexicano de Psicología . 2004. Sociedad Mexicana de Psicología.
  48. Benjet C, Borges G, Medina-Mora M, Fleiz-Bautista C, Zambrano-Ruiz J: La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Publica Mex* 2004;46:septiembre-octubre.
  49. Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora M, Lozano R: Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Publica Mex* 2005;47:S4-S11.
  50. Stone M: Historia de los trastornos de ansiedad; in Stern D, Hollander E (eds): *Tratado de trastornos de ansiedad*. España, ArsMédica, 2004.
  51. Gutiérrez-Maldonado J: Ansiedad y salud; in Oblitas L (ed): *Psicología de la salud y calidad de vida*. México, Thomson, 2004 pp 165-211.
  52. Epstein S, Hicks D: Trastornos de ansiedad; in Levenson J (ed): *Tratado de medicina psicosomática*. Barcelona, Ars Médica, 2006.
  53. Beck A, Steer R, . KM, Garrison B: Hopelessness and eventual suicide: a 10 year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal Psychiatry* 1985;142:559-563.
  54. Gross J: Emotion and emotion regulation; in Pervin L, John O (eds): *New York*, Guilford Press, 1999.

55. Bernardo-Estrada, G. Validación de dos escalas de preocupación en adultos de la Ciudad de México. 2007. México, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
56. Medina-Mora M, Berenzon S, López-Lugo E, Solís L, Caballero M, González J: El uso de los servicios de salud por los pacientes con trastornos mentales: resultados de una encuesta en una población de escasos recursos. *Salud Mental* 1997;20:32-38.
57. Rice KG, Tucker CM, Desmond FF: Perfectionism and depression among low-income chronically ill African American and White adolescents and their maternal parent. *J Clin Psychol Med Settings* 2008;15:171-181.
58. Riskind J.H., Black D.: Cognitive Vulnerability; in Freeman A. (ed): *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy*. New York, Springer, 2005 pp 122-125.
59. Sullivan MJ, Lynch ME, Clark AJ: Dimensions of catastrophic thinking associated with pain experience and disability in patients with neuropathic pain conditions. *Pain* 2005;113:310-315.
60. Vowles KE, McCracken LM, Eccleston C: Patient functioning and catastrophizing in chronic pain: the mediating effects of acceptance. *Health Psychol* 2008;27:S136-S143.
61. De Peuter S, Lemaigre V, Van Diest I, Van den Bergh O: Illness-specific catastrophic thinking and overperception in asthma. *Health Psychol* 2008;27:93-99.
62. Vlaeyen JW, Timmermans C, Rodriguez LM, Crombez G, van HW, Ayers GM, Albert A, Wellens HJ: Catastrophic thinking about pain increases discomfort during internal atrial cardioversion. *J Psychosom Res* 2004;56:139-144.
63. Lee EJ, Wu MY, Lee GK, Cheing G, Chan F: Catastrophizing as a cognitive vulnerability factor related to depression in workers' compensation patients with chronic musculoskeletal pain. *J Clin Psychol Med Settings* 2008;15:182-192.
64. Teasdale JD, Scott J, Moore RG, Hayhurst H, Pope M, Paykel ES: How does cognitive therapy prevent relapse in residual depression? Evidence from a controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2001;69:347-357.
65. Agudelo D, Buela-Casal G, Spielberger C: Ansiedad y depresión: El problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental* 2007;30, marzo-Abril:33-41.
66. Agudelo D, Spielberger C, Buela-Casal G: La depresión: ¿un trastorno dimensional o categorial? *Salud Mental* 2007;30:20-28.
67. Beck A: Inventario de depresión de Beck. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-571.

68. Robles R, Varela R, Jurado S, Páez F: Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología* 2001;8:211-217.
69. Trull T, Phares E: *Psicología clínica: Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. México, Thomson, 2003.
70. Leahy R: *Cognitive Therapy Techniques: A Practitioner's Guide.*, ed Primera Edición. New York London, The Guilford Press, 2003.
71. Beck A: La terapia cognoscitiva: su naturaleza y su relación con la terapia comportamental; in Ardila R (ed): *Terapia el comportamiento*. Bilbao, Desclée De Brouwer, 1980.
72. Kovacs M, Beck A: *Cognitive affective processes in depression. Emotions in personality and psychopathology*. New York, Plenum, 1979.
73. Aleman-Tepepa S: *Terapia Cognitivo-Conductual en depresión*. *Psiquis* 2006;15:104-109.
74. Randall M, Finkelstein S: *Integration of Cognitive Behavioral Therapy into Psychiatric rehabilitation day programming*. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2007;3:199-206.
75. Chen HY, Chiang CK, Wang HH, Hung KY, Lee YJ, Peng YS, Wu KD, Tsai TJ: *Cognitive-behavioral therapy for sleep disturbance in patients undergoing peritoneal dialysis: a pilot randomized controlled trial*. *Am J Kidney Dis* 2008;52:314-323.
76. Sagawa M, Oka M, Chaboyer W: *The utility of cognitive behavioural therapy on chronic haemodialysis patients' fluid intake: a preliminary examination*. *Int J Nurs Stud* 2003;40:367-373.
77. Cohen SD, Norris L, Acquaviva K, Peterson RA, Kimmel PL: *Screening, diagnosis, and treatment of depression in patients with end-stage renal disease*. *Clin J Am Soc Nephrol* 2007;2:1332-1342.
78. Schroder A, Rehfeld E, Ornbol E, Sharpe M, Licht RW, Fink P: *Cognitive-behavioural group treatment for a range of functional somatic syndromes: randomised trial*. *Br J Psychiatry* 2012.
79. Cukor D, Coplan J, Brown C, Friedman S, Cromwell-Smith A, Peterson RA, Kimmel PL: *Depression and anxiety in urban hemodialysis patients*. *Clin J Am Soc Nephrol* 2007;2:484-490.
80. Finkelstein FO, Wuerth D, Troidle LK, Finkelstein SH: *Depression and end-stage renal disease: a therapeutic challenge*. *Kidney Int* 2008;74:843-845.

81. Sharp J, Wild MR, Gumley AI, Deighan CJ: A cognitive behavioral group approach to enhance adherence to hemodialysis fluid restrictions: a randomized controlled trial. *Am J Kidney Dis* 2005;45:1046-1057.
82. Cukor D, Coplan J, Brown C, Peterson RA, Kimmel PL: Course of depression and anxiety diagnosis in patients treated with hemodialysis: a 16-month follow-up. *Clin J Am Soc Nephrol* 2008;3:1752-1758.
83. Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL, Simmens SJ, Alleyne S, Cruz I, Veis JH: Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis outpatients. *Kidney Int* 2000;57:2093-2098.
84. Yeh SC, Huang CH, Chou HC: Relationships among coping, comorbidity and stress in patients having haemodialysis. *J Adv Nurs* 2008;63:166-174.
85. Reyes I: Las redes semánticas naturales, su conceptualización y su utilización en la construcción de instrumentos. *Revista de Psicología Social y Personalidad* 1993;IX:81-97.
86. Fernández L, Siegrist J, Hernández M, Broer M, Cueto E: Evaluación transcultural de la versión española del perfil de calidad de vida para enfermos crónicos (PECVEC). *Med Clin (Barc)* 1997;109:245-250.
87. Fernández M, Rancaño G, Hernández M: Propiedades psicométricas de la versión española del cuestionario PECVEC de Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos. *Psicothema* 1999;11:292-303.
88. Fernández L, Orozco B, Rancaño G, Hernández M: Evaluación de la calidad de vida en un grupo de Diabetes Mellitus atendidos en un C.S. *Revista Valenciana de Medicina Familiar* 1999;6:52-59.
89. Robles, R. Evaluación y Modificación de la Calidad de Vida de Personas con Diabetes Mellitus II. Tesis de Doctorado en Psicología. 2002. México, Facultad de Psicología UNAM.
90. Lerma A, Salazar E, Perez-Grovas H, Bermudez L, Gutierrez D, Reyes-Lagunes I, Bochicchio T, Robles-García R, Lerma C: Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación de distorsiones cognitivas en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Salud Mental* 2012;35:189-194.
91. Hollon S, Kendall P: Cognitive self-statements in depression: development of an automatic thoughts questionnaire. *Cogn Ther Res* 1997;383-395.
92. Weismann, AN. and Beck, AT. Development and Validation of the Dysfunctional Attitude Scale. Paper presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy . 1978. Chicago, USA.

93. Clark D, Beck A: Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy of Depression. New York, John Wiley and Sons, Inc., 1999.
94. Glass C, Arnkoff D: Questionnaire methods of cognitive self-statement assessment. *J Consult Clin Psychol* 1997;65:927.
95. Reynoso-Erazo L, Seligson-Nisenbaum I: *Psicología Clínica de la Salud: Un enfoque conductual*, ed Primera. México, El Manual Moderno, 2005.
96. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA: An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988;56:893-897.
97. Torres-Castillo M, Hernández-Malpica E, Ortega-Soto HA: Validez y reproducibilidad del Inventario para Depresión de Beck en un hospital de cardiología. *Salud Mental* 1991;2:1-6.
98. Muñoz R, Ghosh I, Rao S, Le H, Dwyer E: *Manual de Terapia de Grupo para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de la Depresión: Aprendiendo a Manejar su Realidad Personal (Manual para el Participante)*. San Francisco, CA 94110, University of California, San Francisco, Department of Psychiatry, San Francisco General Hospital, 2000.
99. Wolpe J, Salter A: *The Conditioning Therapies. The Challenge in Psychotherapy*, ed First. New York-Boston, Holt, Rinehart and Winston, 1964.
100. Cukor D: Use of CBT to treat depression among patients on hemodialysis. *Psychiatric Services* 2007;58:711-712.
101. Hung KC, Wu CC, Chen HS, Ma WY, Tseng CF, Yang LK, Hsieh HL, Lu KC: Serum IL-6, albumin and co-morbidities are closely correlated with symptoms of depression in patients on maintenance haemodialysis. *Nephrol Dial Transplant* 2011;26:658-664.
102. Lopes GB, Matos CM, Leite EB, Martins MT, Martins MS, Silva LF, Robinson BM, Port FK, James SA, Lopes AA: Depression as a potential explanation for gender differences in health-related quality of life among patients on maintenance hemodialysis. *Nephron Clin Pract* 2010;115:c35-c40.
103. Dogan E, Erkoc R, Eryonucu B, Sayarlioglu H, Agargun MY: Relation between depression, some laboratory parameters, and quality of life in hemodialysis patients. *Ren Fail* 2005;27:695-699.
104. Feroze U, Martin D, Reina-Patton A, Kalantar-Zadeh K, Kopple JD: Mental health, depression, and anxiety in patients on maintenance dialysis. *Iran J Kidney Dis* 2010;4:173-180.
105. Novakovic M: [Anxiety disorders in dialysis patients]. *Med Pregl* 2007;60:484-488.

106. Wang PL, Watnick SG: Depression: a common but underrecognized condition associated with end-stage renal disease. *Semin Dial* 2004;17:237-241.
107. Hedayati SS, Finkelstein FO: Epidemiology, diagnosis, and management of depression in patients with CKD. *Am J Kidney Dis* 2009;54:741-752.
108. Ginieri-Coccosis M, Theofilou P, Synodinou C, Tomaras V, Soldatos C: Quality of life, mental health and health beliefs in haemodialysis and peritoneal dialysis patients: investigating differences in early and later years of current treatment. *BMC Nephrol* 2008;9:14.
109. Brickman AL, Yount SE, Blaney NT, Rothberg S, De-Nour AK: Pathogenesis of cognitive complaints in patients on hemodialysis. *Gen Hosp Psychiatry* 1996;18:36-43.
110. Kimmel PL: Psychosocial factors in chronic kidney disease patients. *Semin Dial* 2005;18:71-72.



# ANEXOS

### ANEXO 1: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Ensayo clínico controlado aleatorizado para el tratamiento de los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica mediante una intervención cognitivo-conductual comparada con la atención médica convencional

FECHA DE INICIO: Marzo del 2010

FECHA DE TERMINACIÓN: Noviembre del 2012

ALUMNO DEL PROGRAMA DE DOCTORADO:

TUTORA: DRA. CLAUDIA LERMA GONZÁLEZ

ABEL LERMA TALAMANTES

ACTIVIDAD	2010			2011				2012
	MAR-MAY	JUN-AGO	SEPT-DIC	ENE-MAR	ABR-JUN	JUL-SEP	OCT-DIC	ENE-DIC
<i>Proceso de afinación e institucionalización del proyecto</i>	√	√						
<i>Diseño de una intervención cognitivo-conductual de los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes renales</i>	√	√						
<i>Piloteo de la ICC. Selección y asignación de pacientes a grupos experimental y control, llenado de documentación.</i>			√					
<i>Aplicación de la intervención cognitivo-conductual en pacientes renales.</i>				√	√			
<i>Análisis y procesamiento de datos experimentales.</i>					√	√		
<i>Análisis multivariado: Factores asociados a depresión en pacientes con IRC.</i>						SEPT		
<i>Enviar a publicación manuscritos sobre validación DISCOG y análisis multivariado</i>						SEPTIEMBRE A NOVIEMBRE 2011		
<i>Evaluar resultados de las intervenciones (octubre-diciembre)</i>							OCTUBRE A DICIEMBRE	
<i>Preparar propuesta de candidatura (entre oct y noviembre)</i>							OCTUBRE o NOVIEMBRE	
<i>Redacción del informe final</i>								ENERO A FEBRERO
<i>Revisión de los manuscritos enviados a publicación y redacción de la tesis doctoral (febrero – julio 2012).</i>								FEBRERO A JULIO DEL 2012
<i>Tramites de titulación</i>								AGOSTO A NOVIEMBRE 2012

**ANEXO 2: PROCEDIMIENTO PARA OBTENER EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARTICULAR PARA EL PROTOCOLO:**

**Ensayo clínico controlado aleatorizado para el tratamiento de los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica mediante una intervención cognitivo-conductual comparada con la atención médica convencional.**

- 1 *“Buenos días (nombre del paciente). Mi nombre es Abel Lerma Talamantes, soy psicólogo y el objetivo de esta consulta es conocer cómo se ha sentido en las últimas semanas. Le pediré completar varios cuestionarios sencillos con preguntas respecto a su enfermedad y sus síntomas. Si alguna de las preguntas le parece incómoda o difícil, usted no está obligado a responderla, sin embargo yo le agradecería contestar a todas. ESTO NO LE LLEVARÁ MAS DE 20 MINUTOS. PRIMERO LE VOY A TOMAR ALGUNOS DATOS Y LUEGO ME QUEDARE AQUÍ POR SI SURGEN DUDAS O ACLARACIONES.*
- 2 *EL LLENADO DE ESTOS CUESTIONARIOS NO REPRESENTA RIESGO ni costo económico PARA USTED.*
- 3 *Los resultados de estos CUESTIONARIOS serán utilizados para evaluar su probable participación voluntaria en un estudio clínico y psicológico para reducir los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes como usted. Una vez evaluado, se le invitará a participar de manera voluntaria, pudiendo usted aceptar o no, sin que ello afecte la atención que recibe por su enfermedad.*
- 4 *La información que usted proporcione pudiera utilizarse para efectos de investigación científica, donde, como en otros estudios científicos, SUS DATOS NO PODRÍAN SER IDENTIFICADOS.*
- 5 *AL CONTESTAR ESTOS CUESTIONARIOS, si tiene alguna duda, siéntase libre de preguntar lo que desee.*
- 6 *¿En este momento, tiene alguna duda o pregunta?*
- 7 *En resumen: Esta consulta será para conocer su estado de ánimo respecto a su enfermedad y que llenará varios cuestionarios sin riesgo y costo económico para usted, cuyos resultados podrán ser utilizados para analizar la relación entre síntomas de depresión y ansiedad y su enfermedad; además, que sus datos podrían utilizarse para investigación científica y que su información personal no podrá ser conocida por nadie.*
- 8 *¿Piensa usted que le expliqué con claridad el motivo de esta consulta y que ya no tiene más preguntas?*
- 9 *Ahora le explicaré en detalle el consentimiento informado...*

**ANEXO 3: HOJA DE CONSENTIMIENTO PARA EL ESTUDIO: Ensayo clínico controlado aleatorizado para el tratamiento de los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica mediante una intervención cognitivo-conductual comparada con la atención médica convencional**

El Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”, a través de su Unidad de Hemodiálisis, Departamento de Nefrología, le invita a participar en este estudio de manera voluntaria.

**LEA** la siguiente información para estar seguro/a que comprende perfectamente el objetivo de este procedimiento y el estudio que se realizará, y firme en caso de que esté de acuerdo con el procedimiento y en participar en el estudio.

De manera resumida, el presente proyecto pretende estudiar el efecto de un tratamiento cognitivo conductual para aliviar sus síntomas de ansiedad y depresión.

**PROCEDIMIENTOS** Para realizar este estudio se necesitará la información proveniente de un cuestionario y cuatro inventarios psicológicos, con los que se realizarán diferentes análisis. Se le proporcionará un cuestionario para ser llenado, en el que se le interrogará sobre diversos aspectos de su actividad social y personal, con énfasis en aspectos psicológicos. Los inventarios serán llenados por usted durante una de las sesiones médicas a las que acude regularmente. Si resulta usted elegible para el estudio, se le invitará a participar en un tratamiento psicológico para aliviar sus síntomas de ansiedad y depresión.

**BENEFICIOS** Usted podrá beneficiarse de un tratamiento cognitivo conductual para los síntomas de ansiedad y depresión. Existe la probabilidad de ser asignado aleatoriamente a uno de dos tratamientos. Una vez asignado a uno de ellos usted deberá esforzarse por asistir a las 5 sesiones que lo conforman en el grupo que le tocó. No obstante lo anterior, usted tendrá el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento sin necesidad de dar explicaciones y ello no afectará la atención que recibe en este hospital. Solo necesitará informar de ello al investigador principal, en cuanto le sea posible.

**RIESGOS** Por su naturaleza no invasiva, este estudio no representa riesgo para el paciente.

**GASTOS** Los gastos de esta investigación serán totalmente asumidos por las partes implicadas en el estudio y usted no necesitará hacer erogación o pago alguno extra al que hace normalmente para el tratamiento médico de su enfermedad. Es decir, esta investigación no tendrá costo para usted.

**CONFIDENCIALIDAD** Se garantiza la confidencialidad, eso quiere decir que siempre se guardará el anonimato de los datos. Por eso los resultados del estudio se almacenarán en archivos específicos creados especialmente para este fin y estarán protegidos con las medidas de seguridad exigidas en la legislación vigente.

Estos datos no se incluirán en su historia clínica. Los resultados obtenidos podrán ser consultados por los investigadores del estudio y ser publicados en revistas científicas sin que consten los datos personales de quienes participen en el estudio.

En cualquier momento, puede solicitar sus datos personales que constan en el estudio, por si hace falta rectificar alguno, así como revocar esta autorización. Para ello tiene que realizar una comunicación escrita dirigida a la Dra. Claudia Lerma González (**investigador del estudio**). Su petición será atendida de forma inmediata y en último caso se destruirán los inventarios y cuestionarios recabados en esta investigación correspondientes a usted.

Con la firma de esta hoja de consentimiento, da su permiso para la utilización de la información obtenida mediante los instrumentos aplicados en este estudio de investigación y de los resultados del tratamiento aplicado.

**CONSENTIMIENTO** Después de haber leído y comprendido el objetivo del estudio, y haber resuelto las dudas que tenía, doy mi conformidad para participar en él. También entiendo que el hecho de rechazar mi participación en este estudio no influirá en la atención médica que recibo en esta Institución

**LUGAR y FECHA**,..... de ..... de 20.....

**FIRMAS:**

Sr./a \_\_\_\_\_  
Paciente

Abel Lerma Talamantes  
Investigador responsable

Testigo \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_

## **ANEXO 4: INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS**

**DESCRIPCIÓN GENERAL:** Se aplicarán 4 instrumentos de medición psicológica: El Inventario de síntomas de depresión de Beck-II el Inventario de síntomas de ansiedad, el Inventario de Pensamientos Automáticos y el de Actitudes Disfuncionales de Beck.

**Criterios de inclusión:** Pacientes con IRC, bajo tratamiento sustitutivo de la función renal (hemodiálisis o diálisis peritoneal) con edades de 20 a 40 años, sexo indistinto, con síntomas de depresión  $\geq 10$  y  $< 30$ , Ansiedad  $\geq 20$  y  $< 40$ , medidos con los Inventarios de Beck propuestos.

**Criterios de exclusión:** Pacientes que estén bajo tratamiento farmacológico psiquiátrico o diagnosticados con alguna comorbilidad psiquiátrica bajo tratamiento. Pacientes analfabetas funcionales o que no puedan comunicarse verbalmente o que sean incapaces de comprender los cuestionarios, abuso de drogas o condiciones clínicas inestables. Pacientes que tengan niveles severos de depresión ( $\geq 30$ ) y/o ansiedad  $\geq 40$ ).

**ADMINISTRACIÓN:** Pueden ser administrados de forma colectiva o individual. Dependiendo de la habilidad personal del paciente, la duración aproximada para concluir los 4 instrumentos es de 25 a 30 minutos. Entregue al paciente un lápiz con borrador y una tabla de apoyo. Si el paciente es analfabeta, requerirá de la ayuda de la persona aplicadora, leyéndole los reactivos.

### **PROCEDIMIENTO**

- 1 El **aplicador** deberá completar la HOJA DE DATOS CLÍNICOS PRINCIPAL. Explicará al paciente que “va a llenar cuatro inventarios breves sobre algunos pensamientos, sentimientos y conductas que la mayoría de las pacientes con IRC tienen de manera normal, pero que algunos tienen más y unos tienen menos de ese contenido psicológico”.
- 2 Acláreles que NO es un examen (no hay respuestas “buenas” o “malas”) y que tampoco influirá en su tratamiento ni en su situación en espera de trasplante.
- 3 Aclare al paciente dudas que surjan y pídale que empiece a llenar los inventarios.
- 4 Ahora, entregue al paciente los instrumentos y dígame algo como: “estos otros cuatro inventarios son diferentes al primero, lea las instrucciones con cuidado, contéstelos y si tiene alguna duda o pregunta no dude en hacerla. Mientras tanto, estaré por aquí muy cerca”.
- 5 Reúna los cuatro instrumentos que acaba de llenar el paciente, revise que fueron llenados correctamente, agradezca al paciente, coloque los CUATRO INSTRUMENTOS contestados junto con la hoja de datos clínicos principal en un sobre o engrápelos y entréguelos a la persona que le pidió aplicarlos.

**ANEXO 5.1: INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN PSICOLÓGICA**  
+Hoja de datos socio-demográficos y biomédicos

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA "Ignacio Chávez"												
Unidad de Hemodiálisis, Departamento de Nefrología												
<b>PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN</b> "Ensayo clínico aleatorizado para el tratamiento de los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica mediante terapia cognitivo conductual comparada con la atención médica habitual".												
ID	Nombre											
<b>DATOS GENERALES:</b> (Marque con una "X" equis la opción que corresponda, o llene el espacio)												
<b>(Preferentemente, esta HOJA la llena la/el entrevistadora/or, preguntándole al paciente)</b>												
Edad:					¿FUMA actualmente?		Sí	No				
Sexo:	Femenino	Masculino			¿FUMABA antes de enfermarse?		Sí	No				
OCUPACIÓN			EDO CIVIL					¿TRABAJA?		Sí	No	
1	Ama de casa				Soltero	1			¿Obtiene remuneración económica?		Sí	No
2	Jubilado		Grado Max Estudios:		Casado	2						
3	Empleado(a)	1	Primaria	Unión libre	3							
4	Estudiante	2	Secundaria	Viudo	4							
5	Profesionista	3	Técnica	Divorciado	5							
6	Desempleado	4	Media superior		6			Número de personas que dependen económicamente de usted:				
7	Comerciante	5	Licenciatura									
8	Policía	6	Maestría									
9	Burócrata	7	Especialidad									
10	Ventas	8	Doctorado	VIVE CON:	1. Solo	2. Pareja	3. Otros familiares					
11	Campeño	9	Posdoctorado		4. Hijos	5. Pareja e hijos	6. Mamá y Hnos.					
12		10	Sin estudios		7. Papá y Hnos.	8. Mamá, Papá y hermanos						
13					9. Hijos en casa materna/paterna							
14												
<b>DATOS CLÍNICOS:</b> Fecha aprox. del diagnóstico clínico: _____												
<b>TRATAMIENTO ACTUAL:</b> ¿USA MEDICAMENTOS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No												
1	<b>Diálisis peritoneal</b>		¿SI?	¿Cuáles?								
Tiempo aproximado con este tratamiento (años/meses):												
2	<b>Hemodiálisis</b>		Si <b>ANTES</b> del <b>actual tratamiento sustitutivo</b> tuvo otro, especifique CUAL y duración en años/meses:									
Tiempo aproximado con este tratamiento (años/meses):												
<b>COMORBILIDADES: (otras enfermedades actuales)</b>												
3	<b>Otro:</b>		1 Ninguna	5 HTA	OTRAS: (diferentes a la lista)							
Tiempo aproximado con este tratamiento (años/meses):			2 Diabetes	6 Cardiopatía isquémica	a)							
			3 Lupus eritematoso	7 Cardiopatía hipertrófica	b)							
			4 Litiasis renal	8 Hipo / Hiper tiroidismo	c)							
¿RECHAZO DE TRASPLANTE PREVIO?			Sí	No	→ ¿SÍ?		NÚMERO DE TRASPLANTES:					
¿No? ...							Fechas aproximadas					
¿ESPERA RECIBIR UN TRASPLANTE?			Sí	No			(más reciente)1					
¿SÍ? ¿CUÁNDO ESPERA RECIBIR EL TRASPLANTE?							2					
							3					
							CENTRO DE APLICACIÓN:					
							Nombre de la persona que aplicó el cuestionario:					
¿DE QUIÉN ESPERA EL TRASPLANTE?							Fecha de aplicación:					
			Vivo relacionado	Vivo no relacionado								
			Lista de espera	Ninguno								

**INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN PSICOLÓGICA**  
**ANEXO 5.2: SÍNTOMAS DE ANSIEDAD**

**Instrucciones:** Por favor, lea cuidadosamente cada uno de los siguientes enunciados y marque con una “X” la opción que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy.**

<b>EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS HE SENTIDO</b>	<b>En absoluto</b>	<b>Levemente, no me molesta mucho</b>	<b>Moderadamente, fue muy desagradable pero pude soportarlo</b>	<b>Severamente, casi no pude soportarlo</b>
1. Hormigueo o entumecimiento	0	1	2	3
2. Sensación de calor	0	1	2	3
3. Temblor de piernas	0	1	2	3
4. Incapacidad de relajarse	0	1	2	3
5. Miedo a que suceda lo peor	0	1	2	3
6. Mareo o aturdimiento	0	1	2	3
7. Palpitaciones o taquicardia	0	1	2	3
8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física	0	1	2	3
9. Terrores	0	1	2	3
10. Nerviosismo	0	1	2	3
11. Sensación de ahogo	0	1	2	3
12. Temblores de manos	0	1	2	3
13. Temblor generalizado o estremecimiento	0	1	2	3
14. Miedo a perder el control	0	1	2	3
15. Dificultad para respirar	0	1	2	3
16. Miedo a morir	0	1	2	3
17. Sobresaltos	0	1	2	3
18. Molestias digestivas o abdominales	0	1	2	3
19. Palidez	0	1	2	3
20. Rubor facial	0	1	2	3
21. Sudoración (no debida al calor)	0	1	2	3



**INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN PSICOLÓGICA**  
**ANEXO 5.3: SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN (Hoja 1)**

<b>BDI</b>		<b>ID</b>
Nombre: _____	Estado Civil: _____	Edad: _____ Sexo: _____
Ocupación: _____	Educación: _____	Fecha: _____

**Instrucciones:** En esta sección se le presentan diversos enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija **uno** de cada grupo, el que mejor describe el modo **cómo se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Verifique que no haya elegido más de una respuesta para cada grupo.

**EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS...**

<b>1. Tristeza</b> 0 No me siento triste. 1 Me siento triste gran parte del tiempo. 2 Estoy triste todo el tiempo. 3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.	<b>6. Sentimientos de Castigo</b> 0 No siento que estoy siendo castigado. 1 Siento que tal vez pueda ser castigado. 2 Espero ser castigado. 3 Siento que estoy siendo castigado.
<b>2. Pesimismo</b> 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro. 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía hacerlo. 2 No espero que las cosas funcionen para mí. 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.	<b>7. Disconformidad con Uno Mismo</b> 0 Siento acerca de mí lo mismo de siempre. 1 He perdido la confianza en mí mismo. 2 Estoy decepcionado conmigo mismo. 3 No me gusto a mí mismo.
<b>3. Fracaso</b> 0 No me siento como un fracasado. 1 He fracasado más de lo que hubiera debido. 2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos. 3 Siento que como persona soy un fracaso total.	<b>8. Autocrítica</b> 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual. 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía hacerlo. 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores. 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.
<b>4. Pérdida de Placer</b> 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto. 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo. 2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar. 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.	<b>9. Pensamientos o Deseos Suicidas</b> 0 No tengo ningún pensamiento de matarme. 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría. 2 Querría matarme. 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.
<b>5. Sentimientos de Culpa</b> 0 No me siento particularmente culpable. 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho. 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3 Me siento culpable todo el tiempo.	<b>10. Llanto</b> 0 No lloro más de lo que solía hacerlo. 1 Lloro más de lo que solía hacerlo. 2 Lloro por cualquier pequeñez. 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

\_\_\_\_\_ Subtotal Página 1

**Continúa atrás**

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN PSICOLÓGICA  
SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN (Hoja 2)

**EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS...**

<p><b>11. Agitación</b></p> <p>0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.</p> <p>3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.</p>	<p><b>17. Irritabilidad</b></p> <p>0 No estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>1 Estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.</p> <p>3 Estoy irritable todo el tiempo.</p>
<p><b>12. Pérdida de interés</b></p> <p>0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.</p> <p>1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.</p> <p>2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.</p> <p>3 Me es difícil interesarme por algo.</p>	<p><b>18. Cambios en el Apetito</b></p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <p>1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.</p> <p>1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.</p> <p>2a Mi apetito es mucho menor que antes.</p> <p>2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.</p> <p>3a No tengo apetito en lo absoluto.</p> <p>3b Quiero comer todo el tiempo.</p>
<p><b>13. Indecisión</b></p> <p>0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.</p> <p>1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.</p> <p>2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.</p> <p>3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p>	<p><b>19. Dificultad de Concentración</b></p> <p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.</p> <p>1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.</p> <p>2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.</p> <p>3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.</p>
<p><b>14. Desvalorización</b></p> <p>0 No siento que yo no sea valioso.</p> <p>1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.</p> <p>2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.</p> <p>3 Siento que no valgo nada.</p>	<p><b>20. Cansancio o Fatiga</b></p> <p>0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.</p> <p>1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.</p> <p>2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.</p> <p>3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.</p>
<p><b>15. Pérdida de Energía</b></p> <p>0 Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>1 Tengo menos energía que la que solía tener.</p> <p>2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.</p> <p>3 No tengo energía suficiente para hacer nada.</p>	<p><b>21. Pérdida de Interés en el Sexo</b></p> <p>0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</p> <p>1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.</p> <p>2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.</p> <p>3 He perdido completamente el interés en el sexo.</p>
<p><b>16. Cambios en los Hábitos de Sueño</b></p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño</p> <p>1a Duermo un poco más que lo habitual.</p> <p>1b Duermo un poco menos que lo habitual.</p> <p>2a Duermo mucho más que lo habitual.</p> <p>2b Duermo mucho menos que lo habitual.</p> <p>3a Duermo la mayor parte del día.</p> <p>3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p>	<p>_____ Subtotal Página 2</p> <p>_____ Subtotal Página 1</p> <p>_____ Puntaje total</p>

**INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN PSICOLÓGICA**  
**ANEXO 5.4: PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS**

**CUESTIONARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS**

**Instrucciones:** Todos tenemos pensamientos automáticos en nuestra cabeza en diversas situaciones. Teniendo en cuenta cada una de las siguientes situaciones, marque con una "X" el cuadrado que mejor indique la frecuencia con que piensa de esa manera, según la siguiente escala: (concéntrese en aproximarse a la FRECUENCIA con que tiene estos pensamientos, NO si cree que dichos pensamientos son o no verdaderos).

Nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuente-mente	Casi siempre
-------	-----------	---------------	-----------------	--------------

Cuando estoy en una reunión, pienso:		Nunca	Rara-mente	Algunas veces	Frecuente-mente	Casi siempre
1	Siempre fracaso en mis relaciones sociales					
2	Nunca seré tan bueno como los demás					

Cuando estoy con un amigo, pienso:		Nunca	Rara-mente	Algunas veces	Frecuente-mente	Casi siempre
3	La gente ya no me respeta					
4	Nadie se preocupa de si vivo o muero					
5	Estoy peor que ellos					
6	No merezco ser querido					
7	He perdido los únicos amigos que tenía					
8	No me merezco la atención y el cariño de la					
9	No hay nadie que me ayude					

Cuando siento dolor o malestar físico, pienso:		Nunca	Rara-mente	Algunas veces	Frecuente-mente	Casi siempre
10	¿Qué pasaría si me pusiese enfermo y me quedase inválido?					
11	Debe estarme ocurriendo algo que va a estropear mi aspecto físico					
12	Voy a sufrir una lesión					
13	¿Qué pasaría si nadie llegase a tiempo a ayudarme?					
14	Voy a tener un accidente					
15	Podría quedar atrapado					
16	No soy una persona con buena salud					
17	Tengo alguna cosa muy mala					

Indique con qué frecuencia tiene los siguientes pensamientos, sin referirse a ninguna situación concreta:

		Nunca	Rara-mente	Algunas veces	Frecuente-mente	Casi siempre
18	No merece la pena vivir					
19	No valgo nada					
20	Ya no soy físicamente atractivo					
21	Nunca solucionaré mis problemas					
22	Me va a suceder algo terrible					
23	Me va a dar un infarto					
24	Voy a perder la cabeza					
25	Va a pasarle algo a un ser querido					
26	Ya nada me sale bien					

REVISE que contestó a los 26 reactivos y que colocó UNA SOLA RESPUESTA para cada uno. Muchas gracias.

## INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN PSICOLÓGICA

### ANEXO 5.5: ACTITUDES DISFUNCIONALES (Portada)

ACTDISF

**Instrucciones:** A continuación se le presentan una serie de afirmaciones que pueden reflejar lo que usted ha pensado o cómo se ha sentido últimamente. En cada afirmación marque la columna que identifique su grado de acuerdo o desacuerdo, conforme a la siguiente escala:

TD (1)	D (2)	N (3)	A (4)	TA (5)
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

Ejemplo:

	TD(1)	D(2)	N(3)	A(4)	TA(5)
<b>Soy una persona que cumple lo que dice</b>					<b>X</b>

En este ejemplo, la persona marcó la casilla **TA (5)** indicando que esta totalmente de acuerdo en que siempre cumple lo que dice. Ahora marque su respuesta para cada una de las afirmaciones que siguen.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	TD (1)	D (2)	N (3)	A (4)	TA (5)
1.- La felicidad depende más de la actitud hacia mí mismo que de la impresión que los demás tengan de mí.					
2.- La gente probablemente me considerará menos si cometo algún error.					
3.- Si no hago bien siempre las cosas la gente no me respetará.					
4.- Es posible ganar el respeto de otra persona sin estar especialmente dotado (a) en algo.					
5.- Para ser feliz necesito que me admire la mayor parte de la gente que conozco.					
6.- Si una persona pide ayuda es señal de debilidad.					
7.- Si fracaso en mis estudios seré un(a) fracasado(a).					
8.- Si no puedo hacer bien una cosa es mejor no hacerla.					
9.- Está bien cometer errores porque de ellos puedo aprender.					
10.- Si alguien no está de acuerdo conmigo eso probablemente indica que no le agrado.					
11.- Si fracaso en algo eso lo considero tan malo como ser un completo fracasado.					
12.- Si los demás saben cómo soy me considerarán menos.					

**POR FAVOR, NO SE DETENGA, SIGA CONTESTANDO EN LA SIGUIENTE Y ÚLTIMA HOJA...**





INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN PSICOLÓGICA  
ACTITUDES DISFUNCIONALES (Página 2)

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	TD (1)	D (2)	N (3)	A (4)	TA (5)
13.- No soy nada si no me quieren las personas que yo quiero.					
14.- Mi valor como persona depende en gran medida de lo que los demás piensen de mí.					
15.- Para ser una persona valiosa debo destacar por lo menos en algo importante.					
16.- Las personas a quienes se les ocurren buenas ideas valen más que aquellas a quienes no se les ocurren. más que aquellas a quienes no se les ocurren.					
17.- Las opiniones que tengo de mí mismo (a) son más importantes que las opiniones que los demás tienen de mí.					
18.- Hacer una pregunta me hace parecer inferior.					
19.- Puedo alcanzar metas importantes sin esclavizarme a mí mismo (a)					
20.- Es posible ser reprendido y no sentirse molesto.					
21.- No puedo confiar en otras personas porque podrían ser crueles conmigo.					
22.- Si desagrado a los demás no puedo ser feliz.					
23.- Para agradar a otras personas lo mejor es renunciar a los propios intereses.					

**¿ CONTESTÓ TODAS LAS PREGUNTAS?. POR FAVOR, VERIFIQUELO Y ASEGÚRESE DE ELLO...**

**ESPACIO ÚNICAMENTE PARA EL INVESTIGADOR...**

CENTRO APLICADOR	ID	FASE	X	FECHA
		Dx		
		Pre		
		Post		
		Seg		

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN PSICOLÓGICA  
**ANEXO 5.6:** PECVEC (Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos) (Portada)

Por favor, conteste todas las preguntas del modo en que mejor describan sus sentimientos personales. Asegúrese de que contesta todas las preguntas. Por favor, elija **SOLAMENTE UNA** respuesta y márkela con una cruz (X). Si duda entre dos respuestas, marque aquella que según su criterio es la más adecuada.

Las preguntas tienen el siguiente formato: (Por ejemplo)

Durante **LOS ÚLTIMOS SIETE DÍAS**, ¿cómo pudo cumplir las exigencias de su trabajo o de sus tareas en casa ?

Nada	Mal	Moderada-mente	Bien	Muy Bien
------	-----	----------------	------	----------

Si no se indica lo contrario, sus respuestas se referirán **SIEMPRE A LOS ÚLTIMOS SIETE DÍAS**

Conteste las cuarenta (40) preguntas acerca de su bienestar y su capacidad de funcionamiento que se le presentan a continuación. Lea atentamente las preguntas antes de responder y recuerde que éstas se refieren a como se sintió Ud. **en los últimos siete días**.

1	Durante los últimos siete días, ¿en qué medida encontró disminuida su capacidad física, su vitalidad o su rendimiento?	Nada	Un poco	Modera-mente	Mucho	Muchí-simo
2	Durante los últimos siete días, ¿cómo pudo cumplir con las exigencias de su trabajo o de sus tareas caseras?	Nada	Mal	Modera-mente	Bien	Muy Bien
3	Durante los últimos siete días, ¿cómo pudo realizar trabajo físico intenso, en caso necesario?	Nada	Mal	Modera-mente	Bien	Muy Bien
4	Durante los últimos siete días, ¿cómo pudo mantener la concentración todo el día?	Nada	Mal	Modera-mente	Bien	Muy Bien
5	Durante los últimos siete días, ¿cómo pudo resistir el ajetreo y el estrés del trabajo diario?	Nada	Mal	Modera-mente	Bien	Muy Bien
6	Durante los últimos siete días, ¿cómo pudo dedicarse a sus aficiones?	Nada	Mal	Modera-mente	Bien	Muy Bien
7	Durante los últimos siete días, ¿cómo pudo animarse para hacer cosas?	Nada	Mal	Modera-mente	Bien	Muy Bien
8	Durante los últimos siete días, ¿cómo pudo desconectarse o relajarse?	Nada	Mal	Modera-mente	Bien	Muy Bien
9	Durante los últimos siete días, ¿cómo pudo olvidarse de sus preocupaciones y miedos?	Nada	Mal	Modera-mente	Bien	Muy Bien
10	Durante los últimos siete días, ¿cómo pudo comer con apetito?	Nada	Mal	Modera-mente	Bien	Muy Bien
11	Durante los últimos siete días, ¿cómo pudo dormir por la noche?	Nada	Mal	Modera-mente	Bien	Muy Bien
12	Durante los últimos siete días, ¿cómo pudo disfrutar o alegrarse por algo?	Nada	Mal	Modera-mente	Bien	Muy Bien
13	Durante los últimos siete días, ¿cómo pudo interesarse por algo?	Nada	Mal	Modera-mente	Bien	Muy Bien
14	Durante los últimos siete días, ¿cómo pudo mantener contacto con amigos o conocidos?	Nada	Mal	Modera-mente	Bien	Muy Bien
15	Durante los últimos siete días, ¿cómo pudo ayudar y/o dar ánimo a los demás?	Nada	Mal	Modera-mente	Bien	Muy Bien
16	Durante los últimos siete días, ¿cómo pudo contar a otros lo que le preocupa?	Nada	Mal	Modera-mente	Bien	Muy Bien
17	Durante los últimos siete días, ¿cómo pudo interesarse por las preocupaciones de los demás?	Nada	Mal	Modera-mente	Bien	Muy Bien
18	Durante los últimos siete días, ¿cómo pudo hacer algo con otras personas? (por ejemplo: deporte, juegos, excursiones,	Nada	Mal	Modera-mente	Bien	Muy Bien

¿Revisó que contestó a **TODAS** las preguntas y que llenó **SOLO** un cuadro por cada una?  
 (Siga contestando a la vuelta...)



INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN PSICOLÓGICA  
PECVEC (Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos) (Página 2)









19	Durante los últimos siete días, ¿cómo pudo luchar para hacer que se cumplan sus deseos o necesidades?	Nada	Mal	Modera- damente	Bien	Muy Bien
20	Durante los últimos siete días, ¿cómo pudo hacer para sentirse mejor?	Nada	Mal	Modera- damente	Bien	Muy Bien
21	Durante los últimos siete días, ¿cómo pudo soportar las decepciones y los enfados de la vida diaria?	Nada	Mal	Modera- damente	Bien	Muy Bien
22	Durante los últimos siete días, ¿en qué medida se ha sentido triste y deprimido?	Nada	Un poco	Modera- damente	Mucho	Muchi- simo
23	Durante los últimos siete días, ¿en qué medida se ha sentido atento y concentrado?	Nada	Un poco	Modera- damente	Mucho	Muchi- simo
24	Durante los últimos siete días, ¿en qué medida se ha sentido tenso y nervioso?	Nada	Un poco	Modera- damente	Mucho	Muchi- simo
25	Durante los últimos siete días, ¿en qué medida se ha sentido feliz y de buen humor?	Nada	Un poco	Modera- damente	Mucho	Muchi- simo
26	Durante los últimos siete días, ¿en qué medida se ha sentido apático e indiferente?	Nada	Un poco	Modera- damente	Mucho	Muchi- simo
27	Durante los últimos siete días, ¿en qué medida se ha sentido preocupado o intranquilo?	Nada	Un poco	Modera- damente	Mucho	Muchi- simo
28	Durante los últimos siete días, ¿en qué medida se ha sentido activo y lleno de energía?	Nada	Un poco	Modera- damente	Mucho	Muchi- simo
29	Durante los últimos siete días, ¿en qué medida se ha sentido tranquilo y relajado?	Nada	Un poco	Modera- damente	Mucho	Muchi- simo
30	Durante los últimos siete días, ¿en qué medida se ha sentido cansado y débil?	Nada	Un poco	Modera- damente	Mucho	Muchi- simo
31	Durante los últimos siete días, ¿en qué medida se ha sentido enfadado e irritado?	Nada	Un poco	Modera- damente	Mucho	Muchi- simo
32	Durante los últimos siete días, ¿en qué medida se ha sentido asustado y amenazado?	Nada	Un poco	Modera- damente	Mucho	Muchi- simo
33	Durante los últimos siete días, ¿en qué medida se ha sentido desesperado y sin esperanza?	Nada	Un poco	Modera- damente	Mucho	Muchi- simo
34	Durante los últimos siete días, ¿en qué medida se ha sentido esperanzado y optimista?	Nada	Un poco	Modera- damente	Mucho	Muchi- simo
35	Durante los últimos siete días, ¿en qué medida se ha sentido sólo, incluso en compañía de otros?	Nada	Un poco	Modera- damente	Mucho	Muchi- simo
36	Durante los últimos siete días, ¿en qué medida se ha sentido cercano a una persona de su confianza?	Nada	Un poco	Modera- damente	Mucho	Muchi- simo
37	Durante los últimos siete días, ¿en qué medida se ha sentido a gusto y perteneciente a su familia o a su círculo de amigos?	Nada	Un poco	Modera- damente	Mucho	Muchi- simo
38	Durante los últimos siete días, ¿en qué medida tuvo la impresión de ser rechazado por los demás?	Nada	Un poco	Modera- damente	Mucho	Muchi- simo
39	Durante los últimos siete días, ¿en qué medida tuvo la sensación de ser comprendido y tomado en serio?	Nada	Un poco	Modera- damente	Mucho	Muchi- simo
40	Durante los últimos siete días, ¿en qué medida tuvo la sensación de que se cansa físicamente enseguida?	Nada	Un poco	Modera- damente	Mucho	Muchi- simo

¿Revisó que contestó a TODAS las preguntas y que llenó SOLO un cuadro por cada una?

FIN DEL CUESTIONARIO




**INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN PSICOLÓGICA**  
**ANEXO 5.7: DISTORSIÓN COGNITIVA (DISCOG V 1.01)**

DISCOG Ver 1.02		ID				
<b>INSTRUCCIONES:</b> 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 <b>EN EL ÚLTIMO MES</b> . Ponga una "X" en <b>UNO</b> de los círculos <b>PARA CADA PALABRA</b> de la derecha que mejor se ajuste a sus vivencias. No hay respuestas "correctas" o "incorrectas". Sus datos serán tratados confidencialmente.						
<b>OJO: Para cada afirmación, responda a TODAS las palabras</b>		Muy frecuen-	Frecuen-temente	Ocasional-mente	Muy raramente	Nunca
<b>Cuando hago las cosas mal pienso que soy...</b>						
  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"/>
<b>Lo peor que puede pasarme por mi enfermedad es...</b>						
  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"/>	
<b>Mis fracasos se deben a...</b>						
  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"/>
<b>Hacer las cosas mal es...</b>						
  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"/>	
<b>REVISE QUE CONTESTÓ A TODAS LAS FRASES Y QUE SELECCIONÓ SOLO UN CÍRCULO POR PALABRA</b>						



**ANEXO 6:** Autorización del protocolo 10-699. Comités de Investigación y Bioética

**INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA**  
**IGNACIO CHÁVEZ**  
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

"2010. Año de la Patria. Bicentenario del inicio de la Independencia y Centenario del inicio de la Revolución Mexicana"

  
SECRETARÍA DE SALUD  
**SALUD**

México, D.F., 9 de diciembre de 2010


**Dra. Claudia Lerma González**  
Investigador Responsable del Proyecto  
Departamento de Instrumentación Electromecánica  
Presente.

Dra. Lerma:

Me permito informar a usted, que su proyecto de investigación titulado: ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO ALEATORIZADO PARA EL TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA MEDIANTE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL COMPARADA CON LA ATENCIÓN MÉDICA HABITUAL, ha sido aprobado con el número **10-699**, por los Comités de Investigación y Bioética de este Instituto.

Le envío un cordial saludo.

Atentamente,

  
**Dr. Edmundo Chávez Cosío**  
Director de Investigación.

**RECIBIDO**  
10 DIC 2010  
POR: Erika HORA: 10:50 AM

c.c.p. Dr. Guillermo Fernández de la Reguera.- Subdirector de Servicios de Diagnóstico y Tratamiento  
Lic. en T.S. Patricia Altamira Mendoza.- Jefa del Departamento de Servicio Social.  
Dr. Gilberto Vargas Alarcón.- Subdirector de Investigación Básica y Tecnológica  
Expediente

ECC:ehg

**APROBADO**  
**COMISIÓN DE BIOÉTICA**  
Instituto Nacional de Cardiología  
Ignacio Chávez  
Protocolo 10/699  
Aprobado  
Unanimitad   
Mayoría   
Fecha 7-XII-10

Juan Badiano No. 1 Col Sección XVI Del. Tlalpan C.P. 14  
t. +52 (55) 5573 7911 f. +52 (55) 5573 0994 www.cic

**ANEXO 7: EJEMPLO DE BITÁCORAS DE TRABAJO (LOS NOMBRES REALES DE LOS PACIENTES FUERON CAMBIADOS)**

<b>CENTRO HOSPITALARIO # 1 (NOMBRE REAL ELIMINADO)</b>																																										
<b>Fecha</b>	<b>Observaciones</b>																																									
Abril 29, 2011	El grupo A (lunes) en NOMBRE empezó a apegarse al tratamiento (cumplir y HACER AUTOREGISTROS), hasta la sesión 4 (llevaron tarea de la sesión 3). Su asistencia ha sido satisfactoria y participativa. En promedio anotaron 6 a 8 auto-registros de respiración y relajación (de la sesión 3). Hasta el inicio de la sesión 4, este grupo seguía sin planear y auto-registrar actividades de placer y logro o bienestar más auto-premios, motivo por el cual se les hizo un recordatorio y demostración de cómo planear y registrar actividades placenteras o de logro. En esta sesión, uno de los pacientes ("David") "extravió" su manual con las sesiones 1 a 3.	<b>GRUPO A</b> (4 ABRIL A MAYO 2, 2011) Mujer1, Mujer2, Hombre1 Y Mujer3																																								
	El grupo B (martes) en HOSPITAL es mucho menos puntual, se observa menos apego al tratamiento (de 0 a 2 auto-registros) y dos de sus miembros no acudieron a sesiones (Mujer1=sesiones 2 y 3, Mujer2=sesión 3). Ambas regresaron para la sesión 4. Se había planeado una sesión extra para ellas, pero no se llevó a cabo. En la sesión 2 se enseña el auto-reforzamiento y en la 3 la relajación y respiración profundas. También se hizo recordatorio de cómo auto-registrar actividades de placer-logro y auto-premios. En este grupo fueron integrados Mujer3 y Hombre3, que no cumplen criterios de inclusión y no eran por lo tanto elegibles para el estudio, ya que ambos exceden la edad y el segundo es además invidente. Se observó presión en este grupo para asistir al estudio.	<b>GRUPO B</b> (5 ABRIL A MAYO 3, 2011) Hombre1, Hombre2, Mujer1, Mujer2, Mujer3, Hombre3																																								
	Resultados financieros: Por cada grupo, se hizo este gasto estimado:																																									
	<table border="0"> <thead> <tr> <th align="left"><b><u>POR SESIÓN: (por grupo)</u></b></th> <th align="right"></th> <th align="left"><b><u>POR TODO EL TALLER (por grupo):</u></b></th> <th align="right"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sándwiches</td> <td align="right">\$ 100.00</td> <td></td> <td align="right">\$ 500.00</td> </tr> <tr> <td>Refrescos</td> <td align="right">35.00</td> <td></td> <td align="right">175.00</td> </tr> <tr> <td>Estacionamiento</td> <td align="right">40.00</td> <td></td> <td align="right">200.00</td> </tr> <tr> <td>Desechables</td> <td align="right">20.00</td> <td></td> <td align="right">100.00</td> </tr> <tr> <td>Fruta /galletas</td> <td align="right">20.00</td> <td></td> <td align="right">100.00</td> </tr> <tr> <td>Manuales</td> <td align="right">50.00</td> <td></td> <td align="right">250.00</td> </tr> <tr> <td>Transporte para auxiliar Técnico:</td> <td align="right">75.00</td> <td></td> <td align="right">375.00</td> </tr> <tr> <td>Gasolina</td> <td align="right"><u>50.00</u></td> <td></td> <td align="right"><u>250.00</u></td> </tr> <tr> <td></td> <td align="right"><b>\$390.00</b></td> <td></td> <td align="right"><b>\$ 1,950.00</b> (X 2 grupos: <b>\$3,950.00</b>)</td> </tr> </tbody> </table>	<b><u>POR SESIÓN: (por grupo)</u></b>		<b><u>POR TODO EL TALLER (por grupo):</u></b>		Sándwiches	\$ 100.00		\$ 500.00	Refrescos	35.00		175.00	Estacionamiento	40.00		200.00	Desechables	20.00		100.00	Fruta /galletas	20.00		100.00	Manuales	50.00		250.00	Transporte para auxiliar Técnico:	75.00		375.00	Gasolina	<u>50.00</u>		<u>250.00</u>		<b>\$390.00</b>		<b>\$ 1,950.00</b> (X 2 grupos: <b>\$3,950.00</b> )	
<b><u>POR SESIÓN: (por grupo)</u></b>		<b><u>POR TODO EL TALLER (por grupo):</u></b>																																								
Sándwiches	\$ 100.00		\$ 500.00																																							
Refrescos	35.00		175.00																																							
Estacionamiento	40.00		200.00																																							
Desechables	20.00		100.00																																							
Fruta /galletas	20.00		100.00																																							
Manuales	50.00		250.00																																							
Transporte para auxiliar Técnico:	75.00		375.00																																							
Gasolina	<u>50.00</u>		<u>250.00</u>																																							
	<b>\$390.00</b>		<b>\$ 1,950.00</b> (X 2 grupos: <b>\$3,950.00</b> )																																							
En general, estos primeros dos grupos permitieron calcular y ajustar espacios, tiempos, estrategias relacionadas con los insumos y alimentos ofrecidos, recursos materiales, logística y presupuesto económico.																																										

**EJEMPLO DE BITÁCORAS DE TRABAJO (LOS NOMBRES REALES DE LOS PACIENTES FUERON CAMBIADOS)**

**CENTRO HOSPITALARIO # 2 (NOMBRE REAL ELIMINADO)**

Fecha	Observaciones																			
Abril 25, 2011	<p>Este grupo cumplió con todos los criterios de inclusión. 2 pacientes femeninas mostraron puntualidad. A una de ellas (m3) se le apoyó (\$70 por sesión=\$350) para su transporte, en un principio porque se le cambió el día de su diálisis.</p> <p>Una paciente (m2) mostró impuntualidad en todas las sesiones y faltó a la sesión final, pero fue medida al día siguiente.</p> <p>Un paciente (h1) viene de Toluca y llegó tarde a todas las sesiones (la sesión 4 se hizo en día diferente a petición suya, porque tiene su diálisis en días móviles). Este paciente “olvidó” todo su manual en la sesión final (en su casa) y ya había “perdido” antes la sesión 1 del manual, misma que se le reemplazó.</p> <p>Prácticamente todo el grupo <u>incumplió</u> con el apego al tratamiento (AUTO-REGISTROS), (máximo 2 registros por semana y eso a partir de la sesión 4).</p> <p>En la sesión 5 final, un paciente sugirió explícitamente al terapeuta que efectúe una consulta inicial individualizada a los participantes (antes de iniciar el Taller), para “que nos conozca en nuestros problemas personales y pueda ayudarnos más”.</p>	GRUPO 1 (30 MARZO A 22 ABRIL, 2011) Mujer1, Hombre1, Mujer2 Y Mujer3																		
	<p>Resultados financieros: Para este grupo, se hizo el siguiente gasto estimado:</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;"><u>POR SESIÓN: (por grupo)</u></th> <th style="text-align: left;"><u>POR TODO EL TALLER (por grupo):</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sándwiches \$ 100.00</td> <td>\$ 500.00</td> </tr> <tr> <td>Refrescos 35.00</td> <td>175.00</td> </tr> <tr> <td>Desechables 20.00</td> <td>100.00</td> </tr> <tr> <td>Fruta /galletas 20.00</td> <td>100.00</td> </tr> <tr> <td>Manuales 50.00</td> <td>250.00</td> </tr> <tr> <td>Transporte para auxiliar Técnico: 75.00</td> <td>375.00</td> </tr> <tr> <td>Transporte (nombre) <u>70.00</u></td> <td><u>350.00</u></td> </tr> <tr> <td><b>\$370.00</b></td> <td><b>\$ 1,850.00</b></td> </tr> </tbody> </table>	<u>POR SESIÓN: (por grupo)</u>	<u>POR TODO EL TALLER (por grupo):</u>	Sándwiches \$ 100.00	\$ 500.00	Refrescos 35.00	175.00	Desechables 20.00	100.00	Fruta /galletas 20.00	100.00	Manuales 50.00	250.00	Transporte para auxiliar Técnico: 75.00	375.00	Transporte (nombre) <u>70.00</u>	<u>350.00</u>	<b>\$370.00</b>	<b>\$ 1,850.00</b>	
<u>POR SESIÓN: (por grupo)</u>	<u>POR TODO EL TALLER (por grupo):</u>																			
Sándwiches \$ 100.00	\$ 500.00																			
Refrescos 35.00	175.00																			
Desechables 20.00	100.00																			
Fruta /galletas 20.00	100.00																			
Manuales 50.00	250.00																			
Transporte para auxiliar Técnico: 75.00	375.00																			
Transporte (nombre) <u>70.00</u>	<u>350.00</u>																			
<b>\$370.00</b>	<b>\$ 1,850.00</b>																			
<p>En general, este primer grupo permitió mejorar el cálculo y ajuste de espacios, tiempos, estrategias relacionadas con los insumos y alimentos ofrecidos, recursos materiales, logística y presupuesto económico. El lugar donde se efectúa el Taller es suficiente para 6-8 pacientes, PERO NECESITA CORTINAS, ya que se filtra demasiada luz y calor solar</p>																				

## **ANEXO 8: Procedimientos para el manejo de los grupos (control y experimental)**

<b>GRUPO CONTROL</b>	<b>GRUPO EXPERIMENTAL</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
1.- Contacto e invitación a participar en el estudio. Jefe de Unidad y Médico residente en turno.	1.- Contacto e invitación a participar en el estudio. Jefe de Unidad y Médico residente en turno.	Revisar el procedimiento escrito.
2.- Explicación de y firma del consentimiento informado, en su caso. <b>Residente en turno</b>	2.- Explicación de y firma del consentimiento informado, en su caso. <b>Médico residente en turno</b>	Revisar el procedimiento escrito.
3.- Llenar los INSTRUMENTOS PSICOLÓGICOS. Técnico auxiliar <b>IGNACIO EDUARDO DE LA ROSA</b> (Apoyado por el médico residente en turno)	3.- Citarlos para el inicio de la intervención. (5 miércoles seguidos, dos horas en cada ocasión). Se ofrecerá un refrigerio, pero se sugiere traigan algo adicional, porque se quedarán a su HD, si creen que lo necesitarán. <b>Médico residente en turno</b>	Revisar el procedimiento escrito.
4.- Citarlos para <b>5 semanas después</b> . (Residente médico en turno)	4.- <b>Primera sesión:</b> <fecha>, desayunados), a las 8:30 EN EL CUARTO PISO, luego conducirlos al 9º. Piso, a las 8:50 am. M. en CS Abel Lerma Talamantes A las 11 hrs., subir por ellos y conducirlos al 4º. Piso para su sesión normal de HD. <b>Médico residente en turno.</b> Repetir este proceso durante CINCO MIÉRCOLES. EN ESTA PRIMERA Y EN LA QUINTA SESIÓN, se contará al final de dichas sesiones con la presencia de nuestro técnico auxiliar <b>IGNACIO EDUARDO DE LA ROSA</b> , para aplicar los cuestionarios <u>a este grupo</u> .	
5.- Una semana antes de la fecha del RETEST, contactar al paciente y recordarle la cita (día, lugar y hora). <b>(Médico residente en turno)</b>	Durante la intervención, el terapeuta llevará el control de asistencia y el recordatorio.	
6.- Aplicar la SEGUNDA MEDICIÓN con los instrumentos psicológicos. Técnico auxiliar	Al terminar sus 5 sesiones, los pacientes serán citados a venir <b>UN MES DESPUÉS</b> a medición. <b>Médico residente en turno</b>	
7.- Citarlos para una entrevista de seguimiento, <b>UN MES DESPUÉS.</b> <b>(Médico residente en turno)</b>	Nuestro técnico auxiliar <b>IGNACIO EDUARDO DE LA ROSA</b> , aplicará los cuestionarios <u>a este grupo</u> .	
8.- Una semana antes de la fecha para el seguimiento, contactar al paciente y recordarle la cita (día, lugar y hora). <b>(Médico residente en turno)</b>		
9.- Aplicar la TERCERA MEDICIÓN con los instrumentos psicológicos. Residente y Técnico Auxiliar		
10.- Invitarles a participar en el Taller. Jefe de Unidad y Médico residente en turno.		

# Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación de distorsiones cognitivas en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal

Abel Lerma,<sup>1,2</sup> Elihud Salazar,<sup>3</sup> Héctor Perez-Grovas,<sup>2</sup> Luis Bermudez,<sup>4</sup> David Gutiérrez,<sup>5</sup> Isabel Reyes-Lagunes,<sup>1</sup> Tommaso Bochicchio,<sup>6</sup> Rebeca Robles-García,<sup>7</sup> Claudia Lerma<sup>2</sup>

Artículo original

## SUMMARY

### Background

Psychological disturbances are common in patients with chronic renal failure (CRF). From the cognitive-behavioral theoretical perspective, they may be due largely to specific cognitive distortions (CD) that are likely to be modified by brief interventions. The aim of this study was to develop and validate an instrument for evaluation of specific CD among patients with CRF.

### Method

A questionnaire with an encouraging phrase for each of five categories of CD (catastrophizing, dichotomous thinking, outside self-worth, negative self-labeling, and perfectionism) was developed. This was applied to 21 patients with CRF (11 women and 10 men). Based on the technique of natural semantic networks, a set of responses (defining words) with greater semantic weight to each sentence stimulus (core network) were identified and a pilot instrument was developed. This one was applied along with Beck's inventories of anxiety and depression among 255 patients with CRF (118 women, 137 men) attended in four different hospitals.

### Results

The pilot questionnaire was composed of 46 items with greater semantic weight between 343 original defining words. Sixteen items were discarded for lack of ability to discriminate (1), low internal reliability (8) and duplicated in more than one factor (7). The final instrument of 30 items had an internal consistency of 0.93 for the total scale and more than 0.75 in all subscales. The five factors correlated positively and significantly with each other and with symptoms of anxiety and depression.

## Conclusions

The instrument that is presented is a valid and reliable measure to assess five CD associated with depression and anxiety in Mexican patients with CRF. It is suggested as a useful tool for the design and evaluation of cognitive behavioral interventions for depression and anxiety among patients with CRF.

**Key words:** Assessment, cognition, renal failure, cognitive distortions, hemodialysis.

## RESUMEN

### Antecedentes

Las alteraciones psicológicas son frecuentes en los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (IRC). Desde la perspectiva teórica cognitivo-conductual, éstas pueden deberse en gran medida a distorsiones cognitivas específicas (DC), que son susceptibles de ser modificadas mediante intervenciones breves. El objetivo del presente estudio fue desarrollar y validar un instrumento de evaluación de las DC de pacientes con IRC.

### Método

Se integró un cuestionario con una frase estímulo para cada una de cinco categorías de DC: catastrofismo, pensamiento dicotómico, autovvalorización externa, autoetiquetización negativa y perfeccionismo. Éste se aplicó a 21 pacientes con IRC (11 mujeres y 10 hombres). Con base en la técnica de redes semánticas naturales, se identificó el conjunto de respuestas (palabras definidoras) con mayor peso semántico para cada frase estímulo (núcleo de la red), con las que se

<sup>1</sup> Universidad Nacional Autónoma de México.

<sup>2</sup> Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

<sup>3</sup> CuCosta Universidad de Guadalajara.

<sup>4</sup> Centro Integral de Nefrología.

<sup>5</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social.

<sup>6</sup> Unidad de Hemodiálisis Fresenius Medical Care de Cuernavaca.

<sup>7</sup> Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

Correspondencia: Dra. Claudia Lerma. Departamento de Instrumentación Electromecánica. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Juan Badiano 1, Sección 16, Tlalpan, 14080, México, D.F. Tel: 5573 2911 Ext.1386. Fax: 5573 0926. E-mail: lermag@unam.mx

Recibido: 9 de noviembre de 2011. Aceptado: 21 de febrero de 2012.

construyó el instrumento piloto. Éste se aplicó junto con los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck a 255 pacientes con IRC (118 mujeres, 137 hombres) de cuatro centros hospitalarios.

### Resultados

El cuestionario piloto se integró con 46 reactivos con mayor peso semántico de entre 343 palabras definidoras originales. Se descartaron 16 reactivos por falta de capacidad de discriminación (1), baja confiabilidad interna (8) y duplicidad en más de un factor (7). El instrumento final de 30 reactivos tuvo una consistencia interna de 0.93 para el total y mayor a 0.75 en todas las subescalas. Los cinco

factores se correlacionaron positiva y significativamente entre sí y con los síntomas de ansiedad y depresión.

### Conclusiones

El instrumento que se presenta es una medida válida y confiable para evaluar cinco DC asociadas con depresión y ansiedad en pacientes mexicanos con IRC. La medida se sugiere útil para el diseño y valoración de intervenciones cognitivo-conductuales para la depresión y ansiedad de los pacientes con IRC.

**Palabras clave:** Evaluación, cognición, insuficiencia renal, distorsiones cognitivas, hemodiálisis.

## INTRODUCCIÓN

La insuficiencia renal crónica (IRC) es la disminución progresiva e irreversible de la tasa de filtrado glomerular a menos de 60 ml/min., usualmente por un plazo mayor a tres meses, como consecuencia de la pérdida permanente de unidades de función glomerular y tubular.<sup>1</sup>

Recientemente se ha incrementado el interés por estudiar su interacción con variables psicosociales del paciente,<sup>2,3</sup> incluyendo las percepciones y respuestas ante la enfermedad que precipitan, exacerbaban y/o mantienen los frecuentes síntomas de ansiedad y depresión que padecen.<sup>2,4-6</sup> Éstos se asocian a su vez con menor apego a tratamiento médico y mayor morbilidad y mortalidad,<sup>7</sup> por lo que resulta de suma importancia su detección y tratamiento oportunos.<sup>8</sup>

La percepción de una enfermedad y del propio paciente ante la misma (así como de cualquiera otra situación) se manifiesta en formas comunes de pensamiento<sup>9</sup> que son resultado de procesar la información de alguna manera, sea objetiva o distorsionada.<sup>10</sup> Originalmente, Beck<sup>11</sup> definió seis errores sistemáticos de pensamiento o distorsiones cognitivas asociadas a perturbación emocional: conclusiones arbitrarias, conceptualización selectiva, sobregeneralización, exageración y minimización, personalización y pensamiento absolutista o dicotómico. Posteriormente, Burns<sup>12</sup> amplió hasta diez las categorías de pensamiento distorsionado: pensamiento "todo o nada", sobregeneralización, filtro mental, eliminación de lo positivo, brincando a conclusiones, exageración, razonamiento emocional, declaración "obligatoria", etiquetamiento, personalización y culpa. Por su parte, Freeman y Dewolf<sup>13</sup> agregaron la autovalorización externa, la comparación y el perfeccionismo. Posteriormente, otras más se incluyeron en formas de falacias: de cambio, preocupación, equidad, ignorar, ser justo, apego y de recompensa celestial.<sup>10</sup>

Existe evidencia de la relación entre algunas de estas distorsiones cognitivas con diversos padecimientos físicos. Así por ejemplo, el catastrofismo se ha evaluado principalmente en relación con el dolor de etiología diversa.<sup>14-17</sup> Esta distorsión cognitiva se asocia con hipersensibilidad a los síntomas<sup>15,16</sup> e incapacidad para su adecuado manejo.<sup>14-17</sup> Por su parte, el perfeccionismo y el pensamiento dicotómico se re-

lacionan con mayores niveles de depresión en pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión.<sup>10</sup>

El objetivo de este trabajo fue desarrollar y evaluar la validez y confiabilidad de un instrumento para valorar las distorsiones cognitivas que pueden estar relacionadas con síntomas de ansiedad y depresión<sup>9-11</sup> en pacientes mexicanos con IRC.

## MÉTODO

### Etapa 1.

### Diseño y construcción del instrumento

#### *Participantes*

Se realizó un levantamiento piloto de datos exploratorios en una muestra por conveniencia de 21 pacientes ambulatorios con IRC en etapa terminal (fase donde la función renal es tan baja o nula que requiere tratamiento para mantener la vida del paciente), entre los 20 y 58 años de edad, de ambos sexos (11 mujeres y 10 hombres), que eran atendidos en la unidad de hemodiálisis del Departamento de Nefrología del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, de la Secretaría de Salud.

#### *Instrumento*

Se diseñó un cuestionario compuesto por una frase estímulo para cada una de cinco distorsiones cognitivas y una frase distractora (cuadro 1).

#### *Procedimiento*

A cada paciente se le explicó el objetivo del estudio y se le invitó a participar de manera voluntaria, luego de lo cual se le pidió llenar y firmar un formato de consentimiento informado aprobado por el Departamento de Nefrología y que cubre los lineamientos éticos locales e internacionales para este tipo de estudios.

Entonces se les presentaron consecutivamente cada una de las frases estímulo y se les solicitó que escribieran todas las palabras que les evocara o recordara dicha frase estímulo (mínimo 10, máximo 15), utilizando para ello sustantivos, verbos, adjetivos y adverbios. Posteriormente se les pidió que ordenaran cada una de las palabras asignándole el número uno a aquella que definiera mejor el estímulo presentado, seguido



**Cuadro 1.** Definición de tipos de pensamientos distorsionados, número de reactivos originales y finales y frases estímulo

Tipo de pensamiento distorsionado	Cantidad original y final de reactivos	Definición conceptual	Frase estímulo utilizada
Catastrofismo	10 - 10	Pensar en las peores consecuencias posibles que ocurrirán u ocurrieron.	Lo peor que puede pasarme por mi enfermedad es...
Autoetiquetización negativa	10 - 5	Proceso de auto-imponerse nombres peyorativos.	Mis fracasos se deben a...
Perfeccionismo	9 - 7	Tendencia a vivir regido por una idea interna o externa de "lo perfecto", sin fijarse en lo razonable o no de ese estándar, frecuentemente para evitar una supuesta experiencia de fracaso.	Cuando hago las cosas mal pienso que soy...
Autovalorización externa	9 - 0	Desarrollo y mantenimiento de la valía personal basada exclusivamente en opiniones externas.	Los demás dicen que soy...
Pensamiento dicotómico	8 - 8	Tendencia a incluir todas las experiencias en una de dos formas: bueno o malo, negativo o positivo.	Hacer las cosas mal es...
Frase distractora	1	Evitar o prevenir que el sujeto responda con sesgo hacia un solo estímulo.	Hago lo importante primero; eso para mí es...

con número dos y así sucesivamente hasta terminar con todas las palabras que hubieren escrito para cada frase estímulo. Las aplicaciones se realizaron en forma individual siguiendo los procedimientos propuestos por Reyes Lagunes.<sup>18</sup>

## Etapa 2. Validez y confiabilidad del instrumento

### *Participantes*

Se conformó una muestra multicéntrica no probabilística de 255 pacientes con IRC en etapa terminal de ambos sexos (118 mujeres y 137 hombres), con una media de edad de 47 años (rango=17 a 89), atendidos en una de cuatro instituciones: Fresenius Cuernavaca (n=100), Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez (n=53), CEIN (n=64) y el Instituto Mexicano del Seguro Social Pachuca (n=38).

### *Instrumentos*

Las palabras definidoras que surgieron en la primera etapa del estudio se usaron para integrar un instrumento para la evaluación de las distorsiones cognitivas de los pacientes con IRC. Se evaluaron también los síntomas de ansiedad y depresión con base en los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck.

El Inventario de Ansiedad de Beck (IAB)<sup>19</sup> es un instrumento autoaplicable que consta de 21 reactivos que determinan la intensidad con que se presentan los síntomas somáticos y conductuales de la ansiedad mediante una escala de 0 a 3 puntos, en donde 0 indica la ausencia del síntoma, y el 3 la gravedad máxima del mismo. Los estudios de sus propiedades psicométricas han demostrado que se trata de una medida válida y confiable en sus diferentes versiones, incluida la mexicana.<sup>20</sup>

A su vez, el Inventario de Depresión de Beck (IDB)<sup>21</sup> es un instrumento autoaplicable de 21 reactivos, cada cual con cuatro afirmaciones que describen el espectro de gravedad de las categorías somáticas y conductuales de la depresión. En todos los casos, el primer enunciado tiene un valor de 0, que indica la ausencia del síntoma, y el cuarto de 3 puntos, que constituye la intensidad máxima del mismo. El instrumento ha mostrado tener validez y confiabilidad, incluida la versión en español que se utiliza en el presente estudio.<sup>22</sup>

### *Procedimiento*

A cada paciente se le explicó el objetivo del estudio y se le invitó a participar de manera voluntaria. Una vez que aceptaba, se le pedía llenar y firmar un formato de consentimiento informado. Después procedía a llenar individualmente la totalidad de los instrumentos.

## RESULTADOS

### Etapa 1. Diseño y construcción del instrumento

Se obtuvo un total de 343 palabras definidoras para las cinco frases estímulo correspondientes a las distorsiones cognitivas por evaluar. Los tamaños de red (número de palabras definidoras más frecuentes) para cada frase estímulo fueron: catastrofismo=63, pensamiento dicotómico=81, perfeccionismo=55, auto valorización externa=69 y auto etiquetización negativa=75.

Del total de las palabras definidoras para cada frase estímulo, se seleccionaron sólo aquellas que quedaron en el núcleo de la red (palabras definidoras con mayor frecuen-

cia ponderada) y con mayor peso semántico (sumatoria absoluta de valores según el lugar asignado por el paciente a cada palabra), constituyéndose así el primer prototipo de instrumento con un total de 46 palabras como sigue: nueve para autovalorización externa, nueve para perfeccionismo, 10 para catastrofismo, 10 para autoetiquetización negativa y ocho para pensamiento dicotómico.

Se aplicó una prueba chi cuadrada para determinar si había diferencias significativas para las frases estímulo por edad y sexo. Sólo las hubo en la frase "Lo peor que puede pasarme por mi enfermedad es...", donde las mujeres mostraron mayor preocupación ( $p=0.04$ ) por el agravamiento de

**Cuadro 2.** Distribución de los reactivos de distorsión cognitiva en una muestra de 255 pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC). Resultados del análisis factorial con rotación ortogonal. Los números representan carga factorial

Reactivos	Factor				
	1	2	3	4	5
Lo peor que puede pasarme por mi enfermedad es...					
• tristeza	0.747				
• depresión	0.739				
• (dejar o perder) a mi familia	0.670				
• (perder o dejar o no ver) a mis hijos	0.666				
• tener miedo	0.658				
• empeorar o seguir enfermo(a)	0.633				
• morir	0.619				
• hincharme	0.608				
• sufrir	0.579				
• poder trabajar	0.579				
Hacer las cosas mal es...					
• desinterés		0.675			
• no poner atención		0.644			
• un descuido, descuidarse		0.622			
• no pensar		0.614			
• irresponsabilidad		0.602			
• un fracaso, fracasar		0.556			
• malo, sentirse mal		0.516			
• ignorancia		0.409			
Cuando hago las cosas mal pienso que soy...					
• idiota			0.767		
• loco (a)			0.716		
• incapaz			0.593		
• inútil			0.587		
• ignorante			0.403		
• Tonto (a)				0.734	
• torpe				0.706	
Mis fracasos se deben a...					
• no escuchar					0.688
• que soy enojón(a)					0.538
• mi distracción					0.510
• no pensar las cosas					0.491
• mi desinterés					0.422

Factores: 1=Catastrofismo; 2=Pensamiento dicotómico; 3=Perfeccionismo intrínseco; 4=Perfeccionismo extrínseco; 5=Auto-etiquetización negativa.

su enfermedad y por perder a sus hijos, mientras que los hombres mostraron más preocupación por la depresión y por perder a su familia.

## Etapa 2. Validez y confiabilidad del instrumento

Al comparar la capacidad de discriminación de los reactivos en ambos extremos de las elecciones efectuadas por los pacientes (por medio de la prueba t de Student) se eliminó un reactivo ("Los demás dicen que soy enojón(a)"), que no demostró capacidad discriminativa.

Con los 45 reactivos que discriminaron, se evaluó la direccionalidad de los reactivos salientes mediante cuadros cruzados, lo que dio paso a la prueba de confiabilidad interna del instrumento mediante el alfa de Cronbach. Después del análisis de confiabilidad fueron eliminados los nueve reactivos cuyo alfa resultó superior al alfa total de los 45 reactivos.

El análisis correlacional entre elementos arrojó magnitudes bajas y medianas, por lo cual se efectuó un análisis factorial de componentes principales. Antes se eliminó el reactivo "Mis fracasos se deben a mi mal entendimiento", debido a que se correlacionó muy alto ( $r=0.92$ ) con el reactivo "Mis fracasos se deben a que soy enojón".

Se corrió un análisis factorial ortogonal de componentes principales bajo el método Varimax con los 35 reactivos restantes. Del gráfico de sedimentación y la matriz de componentes rotada saliente se obtuvo una estructura de ocho factores con cargas factoriales mayores o iguales a 0.40 y autovalores superiores a uno (cuadro 2).

El índice de adecuación muestral ( $KMO=0.901$ ) para el análisis factorial determinó la utilidad de la estructura de los componentes salientes y la prueba de esfericidad de Bartlett indicó la no identidad de la matriz de correlaciones.

Al eliminar reactivos duplicados en dos o más factores, así como los factores que contenían menos de dos reactivos, quedaron 30 reactivos finales integrados en cinco factores con un alfa total final de 0.936 (y cuando menos de 0.76 para las subescalas), que en conjunto explican 47.8% de la varianza (cuadro 3).

Finalmente, con base en correlaciones de Pearson, se encontró una relación positiva y estadísticamente significativa de las dimensiones de distorsión cognitiva entre sí y con los síntomas de ansiedad y depresión (cuadro 4). En el

**Cuadro 3.** Varianza, medias y coeficientes alpha de Cronbach de la versión final del instrumento ( $n=255$ )

Factores	Varianza explicada	Media	Alfa de Cronbach
Catastrofismo	14.6%	24.56	0.88
Pensamiento dicotómico	10.6%	17.88	0.84
Perfeccionismo intrínseco	8.9%	7.79	0.80
Perfeccionismo extrínseco	6.8%	4.40	0.78
Autoetiquetización negativa	6.5%	10.68	0.76



**Cuadro 4.** Correlación entre dimensiones de distorsión cognitiva y los síntomas de ansiedad y depresión (n=255)

	CAT	PD	PI	PE	AEN	IDB	IAB
CAT						0.56*	0.51*
PD	0.56*					0.45*	0.37*
PI	0.45*	0.55*				0.48*	0.34*
PE	0.40*	0.42*	0.50*			0.40*	0.35*
AEN	0.46*	0.65*	0.59*	0.42*		0.44*	0.29*
Perfeccionismo							
Total	0.49*	0.55*	0.92*	0.78*	0.50*	0.49*	0.41*

CAT = Catastrofismo; PD = Pensamiento dicotómico; PI = Perfeccionismo intrínseco; PE = Perfeccionismo extrínseco; AEN = Autoetiquetización negativa; IDB = Inventario de Depresión de Beck; IAB = Inventario de Ansiedad de Beck.  
\* p<0.01 (bilateral).

cuadro 5 se muestra la escala final y una descripción de los indicadores para cada subescala.

## DISCUSIÓN

El desarrollo de instrumentos específicos para la evaluación cognitivo-conductual de los pacientes con IRC es necesario para comprender mejor los factores psicosociales involucrados y sus consecuencias, así como para el desarrollo y evaluación de efectividad de intervenciones psicológicas para el tratamiento de la depresión y ansiedad<sup>23</sup> que impactan de forma importante en la calidad de vida de estos pacientes y sus familiares.<sup>6,7</sup>

Los datos psicométricos producto del presente estudio demuestran que el instrumento propuesto es una medida válida y confiable para la evaluación de distorsiones cognitivas asociadas a depresión y ansiedad en pacientes renales.<sup>23</sup>

De las 14 categorías o variables de distorsión cognitiva que se han planteado a la fecha,<sup>10</sup> este trabajo confirma la presencia de al menos cuatro constructos teóricos simples y uno compuesto (perfeccionismo) en los pacientes mexicanos con IRC (catastrofismo, pensamiento dicotómico, perfeccionismo intrínseco y extrínseco y autoetiquetización negativa), que se asocian a la gravedad de sus síntomas ansiosos y depresivos.

Además, contar con un instrumento validado específico para esta población hospitalaria es una valiosa oportunidad para complementar y apoyar la labor diagnóstica, pronóstica

**Cuadro 5.** Escala de distorsión cognitiva final y factores que la integran. N = número de reactivos

Variable	Definición conceptual	Indicadores
Distorsión cognitiva (N = 30)	Resultado de procesar la información de tal manera que se producen errores identificables del pensamiento.	Escala total, integrada por 5 factores.
Catastrofismo (N = 10)	Pensar en las peores consecuencias posibles que ocurrirán u ocurrieron.	Pesimismo relacionado con el morir, la depresión, que la enfermedad empeore, perder a la familia, perder a los hijos, tristeza, hincharse, miedo, sufrimiento y no poder trabajar.
Pensamiento dicotómico (N = 8)	Tendencia a incluir todas las experiencias en una de dos formas: bueno o malo, negativo o positivo.	Asociación directa, unidireccional y polarizada de la ejecución fallida del comportamiento con el desinterés, la falta de atención, los descuidos, la falta de reflexión, la irresponsabilidad, los fracasos, el sentirse mal y la ignorancia personal.
Autoetiquetización negativa (N = 5)	Proceso de autoimponerse nombres peyorativos.	Atribución directa de los fracasos a no escuchar, tener carácter enojón, distraerse, no pensar las cosas y el desinterés, etiquetándose como tal.
Perfeccionismo intrínseco (N = 5)	Tendencia a vivir regido por una idea interna o externa de "lo perfecto", sin fijarse en lo razonable o no de ese estándar, frecuentemente para evitar una supuesta experiencia de fracaso. Autopercepción no visible externamente.	Atribuir el fracaso a la "imperfección" resultante o "causada" por aspectos "internos", auto-percibidos, no fácilmente "visibles" al mundo externo, como ser idiota, loco, incapaz, inútil e ignorante.
Perfeccionismo extrínseco (N = 2)	Tendencia a vivir regido por una idea interna o externa de "lo perfecto", sin fijarse en lo razonable o no de ese estándar, frecuentemente para evitar una supuesta experiencia de fracaso. Comportamiento visible externamente.	Atribuir el fracaso a la "imperfección" resultante o "causada" por aspectos "externos", "visibles" del comportamiento, como mostrarse tonto o con torpeza.

y de intervención oportuna a los pacientes con IRC. Conocer estas distorsiones permitiría la detección de pacientes vulnerables cognitivamente<sup>24</sup> ante los factores estresantes que enfrentan por su enfermedad, y que los hace más propensos a comportamientos inadecuados (como el abandono del tratamiento) y consecuencias negativas tanto físicas (deterioro en su salud), como mentales (e.g. depresión, ansiedad) y sociales (e.g., pérdida de apoyo social o de independencia funcional).

Aunque aún desconocemos el efecto específico del catastrofismo en la IRC, suponemos que podría predisponer a los pacientes a hipersensibilidad y respuestas inadecuadas ante los síntomas de eventos adversos,<sup>14-17</sup> como la hipotensión durante la hemodiálisis, por ejemplo. Y a pesar de que no se ha investigado el papel del perfeccionismo, la autovalorización externa y la autoetiquetización negativa en el tratamiento médico y pronóstico de enfermedades crónicas, proponemos que los pacientes que son muy rígidos y dependientes de las evaluaciones externas respecto a su valía personal pueden presentar mayores dificultades para determinar la pertinencia y tomar la decisión de involucrarse en una intervención o tratamiento particular. Finalmente, la autoetiquetización negativa podría disminuir la probabilidad de que el paciente con IRC busque atención oportuna y adecuada para resolver sus necesidades de salud (e.g., la petición de ayuda ante el personal médico y de enfermería), así como sus necesidades sociales y familiares (e.g., la búsqueda de apoyo social). Esta relación tendría implicaciones importantes porque se ha observado que el apoyo social es un factor asociado a la calidad de vida de los pacientes.<sup>2</sup>

### Limitaciones y sugerencias

Entre las limitaciones más importantes del presente estudio destacan el número relativamente pequeño y el tipo de pacientes incluidos (en tratamiento sustitutivo renal en un hospital de tercer nivel), lo que restringe la validez externa de los resultados. Es necesario confirmar los datos en una población más heterogénea de pacientes con IRC, así como obtener baremos en muestras amplias. Se sugiere además su evaluación en pacientes con otras enfermedades crónicas con reconocida comorbilidad con ansiedad y depresión que ameritan tratamiento.

### REFERENCIAS

1. Martín de Francisco A, Rodríguez-Puyol D, Praga M. *Nefrología Clínica*. Madrid: Editorial Panamericana; 1999.
2. Cukor D, Cohen SD, Peterson RA, Kimmel PL. Psychosocial aspects of chronic disease: ESRD as a paradigmatic illness. *J Am Soc Nephrol* 2007;18(12):3042-3055.

3. Yeh SC, Chou HC. Coping strategies and stressors in patients with hemodialysis. *Psychosom Med* 2007;69(2):182-190.
4. Beck A. *Cognitive therapy and the emotional disorder*. New York: Hoeber; 1976.
5. Beck A. La terapia cognoscitiva: su naturaleza y su relación con la terapia comportamental. En: Ardila R (ed.). *Terapia del comportamiento*. Bilbao: Desclee De Brouwer; 1980.
6. Shidler NR, Peterson RA, Kimmel PL. Quality of life and psychosocial relationships in patients with chronic renal insufficiency. *Am J Kidney Dis* 1998;32(4):557-566.
7. Cukor D, Rosenthal DS, Jindal RM, Brown CD et al. Depression is an important contributor to low medication adherence in hemodialyzed patients and transplant recipients. *Kidney Int* 2009;75(11):1223-1229.
8. Cukor D, Coplan J, Brown C et al. Anxiety disorders in adults treated by hemodialysis: a single-center study. *Am J Kidney Dis* 2008;52(1):128-136.
9. Beck A, Rush A, Shaw B, Emery G. *Terapia cognitiva de la depresión*. Primera ed. España: Desclee de Brouwer, S.A; 1983.
10. Rice KG, Tucker CM, Desmond FF. Perfectionism and depression among low-income chronically ill African American and white adolescents and their maternal parent. *J Clin Psychol Med Settings* 2008;15(3):171-181.
11. Beck A. *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row; 1967.
12. Burns D. *Feeling good*. Morrow; New York: 1980.
13. Freeman A, DeWolf R. *The 10 dumbest mistakes smart people make and how to avoid them*. New York: Harper-Collins; 1992.
14. Lee EJ, Wu MY, Lee GK, Cheing G et al. Catastrophizing as a cognitive vulnerability factor related to depression in workers' compensation patients with chronic musculoskeletal pain. *J Clin Psychol Med Settings* 2008;15(3):182-192.
15. Sullivan MJ, Lynch ME, Clark AJ. Dimensions of catastrophic thinking associated with pain experience and disability in patients with neuropathic pain conditions. *Pain* 2005;113(3):310-315.
16. Vlaeyen JW, Timmermans C, Rodríguez LM et al. Catastrophic thinking about pain increases discomfort during internal atrial cardioversion. *J Psychosom Res* 2004;56(1):139-144.
17. Vowles KE, McCracken LM, Eccleston C. Patient functioning and catastrophizing in chronic pain: the mediating effects of acceptance. *Health Psychol* 2008;27(2 Suppl):S136-S143.
18. Reyes I. Las redes semánticas naturales, su conceptualización y su utilización en la construcción de instrumentos. *Revista Psicología Social Personalidad* 1993;IX(1):81-97.
19. Beck A, Epstein N, Brown G, Steer R. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consulting Clinical Psychology* 1988;56(5):893-897.
20. Robles R, Varela R, Jurado S, Páez F. Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana Psicología* 2001;8:211-217.
21. Beck A. Inventario de Depresión de Beck. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4(4):561-571.
22. Torres A, Hernández E, Ortega H. Validez y reproducibilidad del inventario para depresión de Beck en un hospital de cardiología. *Salud Mental* 1991;14(1):1-6.
23. Cukor D. Use of CBT to treat depression among patients on hemodialysis. *Psychiatric Services* 2007;58(5):711-712.
24. Riskind JH, Black D. Cognitive vulnerability. En: Freeman A (ed.). *Encyclopedia of cognitive behavior therapy*. New York: Springer; 2005; pp. 122-125.

Artículo sin conflicto de intereses



This is the overview page

**Brief cognitive-behavioral intervention for depression and anxiety symptoms improves quality of life among chronic hemodialysis patients**

Journal:	<i>Nephrology Dialysis Transplantation</i>
Manuscript ID:	Draft
Manuscript Type:	Original article - Clinical Science - Chronic kidney disease
Date Submitted by the Author:	n/a
Complete List of Authors:	Lerma, Abel; Instituto Mexicano de Psicoterapia Cognitivo Conductual, Subdireccion Academica Pérez-Grovas, Héctor; Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, Departamento de Nefrologia Bermudez, Luis; Servicios Medicos y de Equipamiento, Medica Londres Peralta-Pedrero, Maria; Instituto Mexico del Seguro Social, Coordinacion de Unidades Medicas de Alta Especialidad Robles-Garcia, Rebeca; Instituto Nacional de Psiquiatria Ramon de la Fuente Muñiz, Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales Lerma, Claudia; Instituto Nacional de Cardiologia, Instrumentacion Electromecanica
Key Words:	Anxiety, cognitive behavioral intervention, cognitive distortions, chronic renal failure, depression, quality of life



**INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA**  
**IGNACIO CHÁVEZ**



SECRETARÍA  
DE SALUD

**SALUD**

Mexico City, August 20, 2012

**Dr. Carmine Zoccali**

Editor-in-Chief of *Nephrology Dialysis Transplantation*

Dear Dr. Zoccali:

Please find herewith the manuscript entitled: "**Brief cognitive-behavioral intervention for depression and anxiety symptoms improves quality of life among chronic hemodialysis patients**", by the authors: Abel Lerma, Héctor Pérez-Grovas, Luis Bermúdez, María L. Peralta-Pedrero, Rebeca Robles-García and Claudia Lerma.

This work presents a new brief cognitive behavioral intervention which is able to decrease depression and anxiety symptoms and to increase quality of life in chronic renal failure patients. This structured and systematic intervention includes quantitative identification and treatment of cognitive distortions which are specific of chronic renal failure patients. Compared to conventional medical treatment alone (control group), clinical efficacy of the new intervention was 33% superior to reduce depressive symptoms and it was 43% superior to reduce anxiety symptoms.

This paper is original, is not being considered for publication elsewhere and will not be submitted elsewhere while it is under consideration for this journal. The results presented in this paper have not been published previously in whole or part. All authors have revised and approved the paper. The study conception and design were performed by A. Lerma, M.L. Peralta-Pedrero, Rebeca Robles-García and Claudia Lerma. Statistical analysis and interpretation were performed by A. Lerma, C. Lerma and M.L. Peralta-Pedrero. Analysis and interpretation of clinical aspects, as well as clinical follow up were performed by Héctor Pérez Grovas and Luis Bermúdez. Analysis and interpretation of psychological aspects were performed by A. Lerma and R. Robles-García.

This study complies with the ethical standards laid down in the Declaration of Helsinki of 1975, as revised in 2005. The study protocol was approved by the Institutional Ethics Committee following the Institutional Ethical Guidelines. Informed consent was obtained from each participant, and there is no conflict of interest to declare.

Sincerely Yours,

**Claudia Lerma, PhD**

Departamento de Instrumentación Electromecánica,  
Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez".

C. Juan Badiano No. 1 Col. Sección XVI. Tlalpan. CP 14080. México, D.F.

Tel. +52 (55) 5573-2911 ext 1386. Fax. +52 (55) 5573-0926. Email: [lermag@unam.mx](mailto:lermag@unam.mx)



1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

# Brief cognitive-behavioral intervention for depression and anxiety symptoms improves quality of life among chronic hemodialysis patients

Abel Lerma<sup>1, 2</sup>, Héctor Perez-Grovas<sup>3</sup>, Luis Bermudez<sup>4</sup>, Peralta-Pedrero ML<sup>5</sup>, Rebeca Robles-García<sup>6</sup>, Claudia Lerma\*<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Instituto Mexicano de Psicoterapia Cognitivo Conductual, Subdirección Académica, México, D.F.

<sup>2</sup> Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, Departamento de Instrumentación Electromecánica, México, D.F.

<sup>3</sup> Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, Departamento de Nefrología, México, D.F.

<sup>4</sup> Servicios Médicos y de Equipamiento, Médica Londres, México, D.F.

<sup>5</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social, Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, México, D.F.

<sup>6</sup> Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón De la Fuente Muñiz, Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, México, D.F.

## Correspondence author:

\*Claudia Lerma, Ph.D.

Departamento de Instrumentación Electromecánica

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

Juan Badiano 1, Sección 16, Tlalpan, México, D.F. 14080.

Tel: 55732911 Ext.1386. Fax: 55730926.

Correo electrónico: lermag@unam.mx

**Running head:** Brief treatment for anxiety and depression

## Abstract

**Background:** Most depression and anxiety interventions for chronic renal failure (CRF) patients focus on either biological dimensions or intellectual dysfunctions, but none intervene cognitive distortions associated to depression and anxiety. Behavioral cognitive treatment of depression and anxiety has succeeded in severely depressed CRF patients, but mild or moderate symptoms are neglected. We designed and tested a brief (5 weeks) cognitive behavioral intervention (CBI) to reduce mild and moderate depression and anxiety symptoms in CRF patients.

**Methods:** Depression and anxiety symptoms were screened in 152 consecutive subjects (18 to 60 years old, 84 male). Sixty of them (age  $41.8 \pm 14.7$  years old, 29 male) with mild or moderate scores of Beck Depression Inventory (10 to 29 points) and Beck Anxiety Inventory (19 to 39 points), were randomly assigned to one of two groups (CBI or control). CBI techniques were: positive self-reinforcement, deep breathing, muscle relaxation and cognitive restructuring. Scores of depression, anxiety, quality of life (QoL) and cognitive distortions were evaluated before (baseline), at the end (5 weeks from baseline) and after one month (9 weeks from baseline) of the intervention. All scores were compared by ANOVA for repeated measures.

**Results:** At follow-up, depression, anxiety and cognitive distortions decreased while QoL increased in the intervention group. No change was observed in the control group. Clinical utility of intervention was 33% for depression and 43% for anxiety.

**Conclusions:** A brief CBI of 5 weeks is effective to decrease mild or moderate depression and anxiety symptoms and improves QoL in CRF patients.

**Keywords:** Anxiety; cognitive behavioral intervention; cognitive distortions; chronic renal failure; depression; quality of life.

## Short summary

This work presents a new brief, systematic and structured cognitive behavioral intervention (CBI) that successfully decrease both depression and anxiety symptoms and increase quality of life in chronic renal failure patients. This approach includes quantitative identification and treatment of cognitive distortions of chronic renal failure patients. Compared to conventional medical treatment alone, clinical efficacy of the CBI was 33% superior to reduce depressive symptoms and it was 43% superior to reduce anxiety symptoms.

For Peer Review

## Introduction

1  
2  
3 Depression and anxiety are the most common emotional disturbances that impact  
4 negatively chronic renal failure (CRF) patients<sup>1</sup> in both physically and mentally<sup>2</sup>.  
5  
6 Decreased quality of life (QoL) even at early stages, lower adherence, higher negative  
7  
8 perception of disease and higher comorbidity and mortality are all associated to both  
9  
10 depression and anxiety<sup>3-5</sup>. During hemodialysis, both depression and anxiety are  
11  
12 associated with patient's refusal to intake more medicines and with time restrictions<sup>2</sup>.  
13  
14 Nevertheless, depression and anxiety are usually mistaken as "normal" and transient  
15  
16 symptoms, instead of being considered as actual psychological disorders demanding  
17  
18 early detection and treatment<sup>6</sup>.  
19  
20  
21  
22  
23

24 Knowledge of distinctive emotional and psychological characteristics of CRF  
25  
26 patients is scarce, even though such understanding would reinforce actual medical  
27  
28 efforts to improve the diagnosis, prognosis and treatment of CRF. It has been proposed  
29  
30 that CRF patients react to daily social stressors (disease impact, family dynamic,  
31  
32 functional limitations, and drug effects) by using their own psychological resources (i.e.  
33  
34 personality traits, disease perception), by doing behavioral changes (such as nutrition,  
35  
36 exercise and treatment adherence), and by accessing socio-cultural paths (family  
37  
38 support, religion and socioeconomic status)<sup>1</sup>. Although decreased *cognitive function* has  
39  
40 been reported in these patients, there is a few data related to *behavioral-cognitive*  
41  
42 *function* (i.e. thoughts and emotions manifested through visible behavior)<sup>6</sup>.  
43  
44  
45  
46  
47

48 Thus, despite frequent anecdotic observations from clinicians regarding the  
49  
50 importance of the cognitive and emotional state of CRF patients, most interventions of  
51  
52 depression and anxiety privilege biological dimensions like inflammatory markers, poor  
53  
54 nutrition, C-reactive protein levels, hypertension or serum albumin concentrations<sup>2;7;8</sup>. In  
55  
56 order to accompany the medical treatment in these patients, exploration of strategies to  
57  
58  
59  
60



1 identify psychological features associated to depression and anxiety such as cognitive  
2 distortions is highly needed. It is likely that failure of some medical therapeutic outcomes  
3 could be explained if these psychological variables are considered.  
4  
5  
6

7 There are recent urgent calls for development of basic, brief, structured, and  
8 systematic strategies to decrease depression and anxiety symptoms, and to increase  
9 QoL in CRF patients<sup>2;9-11</sup>. There are reports of cognitive-behavioral interventions (CBI)  
10 with time intervals going from 8 weeks to one year, most of them focused on severely  
11 depressed CRF patients<sup>12;13</sup>. CBI in CRF patients has been tested to increase fluid  
12 intake and adherence by therapies that last 16 weeks<sup>14</sup>. None of these studies  
13 measured specific cognitive distortions of CRF patients associated to depression or  
14 anxiety neither the impact on patient's QoL. Our aim was to design and apply a brief CBI  
15 based on cognitive-restructuring, positive self-reinforcement, deep breathing, and  
16 muscle relaxation techniques to increase general QoL and decrease mild or moderate  
17 depression symptoms on CRF patients.  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32

## 33 **Subjects and methods**

### 34 *Patients and study design*

35  
36  
37  
38 After a screening test of depression and anxiety symptoms in 152 CRF  
39 patients, 60 patients with mild or moderate depression and anxiety symptoms were  
40 included in the study and assigned in a randomized basis to one of two groups:  
41 intervention or control (Figure 1). The study was a randomized controlled trial  
42 performed at 2 hemodialysis units in México City. All patients were literate and were  
43 not under psychiatric treatment. They had at least 6 months receiving hemodialysis of  
44 3 to 4 hours per session, three times per week. Baseline biochemical parameters  
45 (hemoglobin, blood urea nitrogen, creatinine, albumin, glucose, uric acid, phosphorus  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

1 and calcium) were obtained from the medical records, where monthly assessment is  
2 routinely annotated.  
3

#### 4 *Study protocol*

##### 7 Stage 1 Design and testing of cognitive behavioral intervention

9  
10 Two handbooks were taken as models<sup>15;16</sup> for new descriptive and specific  
11 handbooks (one for the patient and one for the therapist). CBI was applied to small  
12 groups (3 to 6 patients per group) and comprised 5 sessions which lasted 2 hours  
13 each. The therapist handbook describe the execution of each session as follows  
14 (always in the same order): introduction, goals for the session, reviewing of homework  
15 and self-filled sheets, describing and practical teaching of the specific technique,  
16 group discussion, homework explanation and closure session. For each homework  
17 and technique, specific self-filling sheets were designed, in order to have records of  
18 individual's' compliance. For the patient handbook, each session contains an "easy-  
19 handy" summary of the seen topics, and the respective self-filling sheets necessary to  
20 do the homework for that specific week.  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34

35  
36 We prepared and pre-tested handbooks for both, the patient and the therapist.  
37 Before the beginning of the study, we recruited a group of 5 healthy volunteers in  
38 order to test the intervention and the handbooks by means of taking notes, measuring  
39 and registering times, facilities, procedures and any commentaries from participants  
40 during and after the intervention. We used the same facilities, times and procedures  
41 with this sample as if they were CRF patients. The handbooks were adjusted  
42 according to the opinion and supervision of a certified expert on cognitive behavioral  
43 therapy (RRG).  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53

54 The CBI had three techniques: 1) Positive self-reinforcement to increase  
55 behavioral change by means of focusing on achievements and successful skills, 2)  
56  
57  
58  
59  
60

1 Deep breathing and muscle relaxation techniques to control and/or decrease anxiety  
2 symptoms, and 3) cognitive restructuring to identify and change cognitive distortions  
3 associated with depression and anxiety.  
4  
5  
6

### 7 Stage 2 Application of cognitive behavioral intervention

8  
9 Each participant of the study signed an informed consent. An external technician  
10 was in charge of this task, and every patient had absolute privacy to answer the  
11 questionnaires individually. We randomly assigned the selected patients to one of two  
12 groups (intervention and control). The intervention group was organized in small groups  
13 (3 to 6 patients). Psychological questionnaires were applied at baseline, after 5 weeks  
14 (final session), and after 9 weeks (one month after the final session) by an independent  
15 technician, who also entered the data in an *ad-hoc* datasheet. Patients of the control  
16 group were participating in a waiting list, measured at the baseline, and after 5 and 9  
17 weeks in the same basis as the intervention group. None of the patients knew his/her  
18 experimental or control condition until they received the treatment. Only an independent  
19 researcher knew the allocation of patients within the groups. The main researcher and  
20 the therapist did not know the sequential distribution to groups, until the study was  
21 finished. Resident medical students, nurses, and administrative personnel were blind to  
22 the group sequence and allocation of patients to groups.  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42

43 The therapist received training, supervision and methodological feedback from an  
44 expert in CBT (RRB) before and during the entire duration of the CBI, and did not know  
45 the data of controls, neither the test scores of experimental group patients in any of the  
46 measurements. Any evaluation of both, the experimental and control groups was  
47 applied when the therapist was absent. An independent researcher was in charge of  
48 database and statistical analyzes.  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

### *Ethical considerations*

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32

The Ethics and Research Committee of the National Institute of Cardiology Ignacio Chavez approved this research project. The study was considered of minimal risk as it is located within the studies using the logged data through common procedures in physical or psychological examinations or diagnostic routine. During the study we applied a routine clinical interview, in addition to filling socio-demographic and clinical data, keeping the confidentiality of participants. All personal information that could identify participants was deleted from the main database and it is not shown or can be detected in the final report. Participants signed the voluntarily consent form, and were sufficiently informed about their rights, including refusing to participate or withdraw from the study without affecting their treatment. Patients detected in psychological risk (high severity of depression or anxiety) were immediately referred to appropriate psychiatric evaluation and care.

### *Procedures*

33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44

The experimental group attended 5 sessions of two hours (one per week), directed to teach and practice of positive self-reinforcing behavioral activation, deep breathing and muscle relaxation, and cognitive restructuring techniques. Several sessions were video-recorded and supervised by an expert in CBT who made sure that the therapist met the following procedures described in the therapist handbook:

- 45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60
1. *Behavioral activation*, aimed at increasing the sources of positive reinforcement (self-deserved award) to counter patterns of avoidance, distancing and inactivity generated or exacerbated by depression, identifying behaviors (using ideograms) that interrupt the cycle between mood. To this end, the patient was helped to understand the contextual and environmental triggers of depressive symptoms, and received training on various activation strategies. The behavioral activation strategy

1 used is the attention to the experience (promoting the patient's ability to best  
2 understanding of the role of "ruminations" in depression, as a mean to reduce their  
3 frequency) and obstacles to face these ruminations (low motivation or poor  
4 compliance with homework).  
5  
6  
7  
8

- 9  
10 2. Based on the principle of reciprocal inhibition<sup>17;18</sup>, patients were trained in the *deep*  
11 *controlled breathing and exhalations techniques*, through slow, controlled relaxed  
12 inhalations and exhalations as a strategy for coping with anxiety and depression.  
13  
14 Also, patients were trained in *muscle relaxation exercises* for opposing muscle pairs  
15 to increase their attention to self-produced feel-good relaxation, contrasted with the  
16 perception of discomfort from muscle contraction, sustained for short periods of 5 to  
17 7 seconds.  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26 3. *Cognitive restructuring*, aimed to identify and reduce automatic negative thoughts  
27 and maladaptive schemas. We focused the patient's attention on his/her negative or  
28 distorted cognitions. The patients understood how these thoughts affect their  
29 emotional and behavioral response to stressful situations, and learned to replace  
30 them by other more adaptive and healthy interpretations. The collaborative  
31 relationship with the patient was used to explore the robustness of various cognitive  
32 distortions, their advantages and disadvantages and the testing of these  
33 dysfunctional thoughts. In addition, the patient was trained on problem-solving  
34 strategies, on the stopping of thoughts and on the sense of behavioral "experiments".  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49

50 Psychological evaluations were applied to the control group at baseline, at 5 weeks  
51 (end of CBI), and 9 weeks (one month after end of CBI), and then they were invited to  
52 participate in the study as experimental subjects. Once accepted the agreement, they  
53 were allocated into the next available experimental group. Patients of the control group  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

1 took part as stand-by or “waiting” list, and some of them (n = 7) accepted participation in  
2 the intervention group.  
3

4 All patients received standard hemodialysis plus dietary, pharmacological and  
5 self-care set out in accordance with international and local clinical guidelines. During  
6 hemodialysis patients had the opportunity to receive medical examination individually  
7 and express their doubts and problems with their routine dialysis treatment, and  
8 received feedback by a trained physician.  
9

### 10 *Psychological tests*

11 Psychological inventories were applied to the intervention and control group at  
12 both, the first and last sessions, and then after a month. The inventories were: 1) Beck  
13 Depression Inventory (BDI)<sup>19-21</sup>, Beck Anxiety Inventory (BAI)<sup>22;23</sup>, Quality of Life  
14 Profile in the chronically ill (QoL)<sup>24</sup>, the Distorted Thought Scale (DTS)<sup>25</sup>, Automatic  
15 Thoughts Scale (ATS)<sup>26</sup>, and Dysfunctional Attitudes Scale (DAS)<sup>27</sup>. All scales are  
16 validated in Spanish language<sup>20;21;23-27</sup>.

17 BDI and BAI are 21-item scales containing cognitive and somatic depression or  
18 anxiety symptoms respectively, both widely used in general and clinical population.  
19 The cut-off point to include CRF patients into the study was 10 to 20 points (for BDI)  
20 and 19 to 39 points (for BAI). The Life Quality Profile in the chronically ill (QoL) has a  
21 central module (46 items) and measures quality of life associated to health in general  
22 population<sup>28</sup>. It has been adapted for Mexican patients with chronic illnesses<sup>15;29</sup>.  
23 Finally, the three inventories to measure distorted thoughts: a) (ATS)<sup>26</sup>, a 30-item  
24 scale measuring negative thoughts; b) (DAS)<sup>27</sup>, a 40-item scale measuring trait  
25 dysfunctional attitudes, and DTS, a 30-item scale that evaluates distorted thinking in  
26 CRF patients, which was designed and validated by our group<sup>25</sup>.  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

### *Statistical analysis*

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

Data are described as means and standard deviation or frequencies and percentages. Kolmogorov-Smirnov tests were performed to verify normality of distributions. Socio-demographical and clinical data were compared among groups by t student or chi squared tests. Psychological scores were compared by ANOVA for repeated measures, adjusting p values by means of a post-hoc Bonferroni's test. Two factors were defined: group (treatment or control) and time analysis (baseline, after 5, and after 9 weeks). A p-value of  $\leq 0.05$  was considered significant. In order to evaluate efficacy of intervention, we assessed the magnitude effect size by group, absolute and relative risk reduction, relative risk, and necessary number to treat. To analyze the clinical efficacy of the CBI, a reduction of at least 25% in baseline symptoms of anxiety and depression it was considered as positive outcome, based in a previous study<sup>12</sup> with cognitive behavioral therapy which decreased 25% of severe depression symptoms in CRF patients.

### **Results**

Socio-demographical and bio-chemical variables were similar between groups (Table 1).

Table 2 shows data for both BDI and BAI total, cognitive and somatic subscales. There were no significant differences between groups at the baseline, confirming a successfully randomized group assignment. At the intra-group analysis, significant decrease for all variables was observed in the intervention group after 9 weeks. The intervention group had significant fewer symptoms for all subscales after 9 weeks and for the cognitive depression subscale after 5 weeks than the control group.

1 Table 3 shows data for the QoL inventory. In the intervention group, significant  
2 changes were observed after 5 and 9 weeks at the negative mood state and the  
3 overall QoL subscales, and significant changes were found after 9 weeks at the  
4 physical capability and the positive mood state subscales. The analysis between  
5 groups shows significant changes after 5 and 9 weeks at the physical capability, the  
6 positive mood state, the social role and the overall QoL subscales. After 9 weeks,  
7 significant changes were found in psychological function and social well-being  
8 subscales.  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18

19 Table 4 shows data for the DTS and for ATS. In the intervention group,  
20 distorted thought decreased after 9 weeks for external perfectionism, catastrophism  
21 and overall distorted thoughts scale. Comparison between groups for the distorted  
22 thoughts inventory shows significant decrease at internal perfectionism after 5 and 9  
23 weeks, and after 9 weeks for overall perfectionism, catastrophism, dichotomous  
24 thinking and overall index subscales. Comparison between groups with ATS shows  
25 significant decrease only at the anxiety subscale.  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35

36 No significant changes were found for any of the subscales of DAS, whether by  
37 intra-groups or between groups analysis.  
38  
39

40 For depression, 24 out of 31 patients receiving the CBI reduced their symptoms  
41 (77%), while among controls only 8 out of 18 (44%) reduced their symptoms, yielding a  
42 relative risk (to reduce depressive symptoms) of 1.7 between the two groups. The  
43 adjusted relative risk between groups for depression was 0.33 (33% clinical utility, 95%  
44 CI = 0.05 - 0.55), indicating that it would take to treat three patients with CBI to achieve  
45 the effect in at least 1 of them. For anxiety, the symptoms were reduced in 22 (71%) in  
46 the group receiving the CBI, against only five (28%) in the control group, with a relative  
47 risk of 2.6 (95% CI, 1.17 - 5.60) between groups. The adjusted relative risk between  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60



1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

groups for anxiety was 0.43 (43% clinical utility (95% CI, 0.14 - 0.63), indicating that the CBI needs to treat two patients to achieve the effect in at least one of them.

## Discussion

Depressed and anxious CRF patients in hemodialysis are twice as likely to die or require hospitalization within a year as compared with those without depression<sup>30;31</sup>. Badly, anxiety<sup>32;33</sup> and depression<sup>34</sup> are underrecognized as a threat for CRF patients. Commonly, some physicians begin treatment of depression and/or anxiety symptoms to CRF patients by using antidepressant drugs and/or educational talks, instead of directly applying psychological assessment, followed or accompanied by medical attention and psychological intervention<sup>34;35</sup>. Others suggest applying an initial evaluation to establish a preliminary diagnosis, but only 3 to 25% of patients diagnosed with mild or major depression are treated, either pharmacologically or psychologically<sup>31</sup>.

Due to adverse effects of medication on CRF patients, physicians are now interested in innovative therapies such as music<sup>36</sup>, exercise<sup>37;38</sup>, alteration in the hemodialysis regimen<sup>39;40</sup>, and cognitive behavioral therapy<sup>12</sup>. This latter therapy is a gold standard for depression and anxiety associated to underlying poor decisions or problem solving, plus distorted or emotional thinking in patients because of heightened negative feelings, and/or emotions<sup>30</sup>. Therefore, this study provides a promissory answer to recent urgent calls requesting for alternative treatments, and provides a guide to health-related staff in their efforts to treat CRF patients psychologically<sup>2;9;30;41;42</sup>. We generated two handbooks (for therapist and patient) with CBI which is systematized, structured and validated on this clinic population. Health related personal (such as nurses, physicians, social workers and non-expert psychologists) should be able to apply efficiently the intervention after a short training, as has been done in this study and it was recently proposed<sup>42</sup>.

1 We used a short intervention time (5 weeks) to treat patients with mild or  
2 moderate levels of anxiety or depression, conversely to several previous reports  
3 which emphasized attention on treating severe depression and/or patients taking  
4 antidepressant drugs for longer periods of time<sup>5;9;12</sup>. Patients with mild or moderate  
5 levels of anxiety or depression could be able to respond more positively to CBI, due to  
6 less expected cognitive and emotional deterioration. Furthermore, because these  
7 patients are not using antidepressants, their secondary effects would be rare or  
8 absent. This is important, because there are reports of lowered QoL in long-term  
9 dialysis patients, so the need to apply earlier psychological intervention is crucial<sup>43</sup>.  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20

21 We accurately tested comparability between both groups (intervention and  
22 control), by following a rigorous sample selection and allocation, showed at the  
23 baseline characteristics in socio-demographic, biochemical and outcome variables.  
24 Testing of comparability before and along the full study was essential, because it  
25 increased the certainty of our findings.  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32

33 We successfully explored distorted cognitions and its association to depression  
34 and anxiety symptoms in CRF patients. Previous studies<sup>6;44;45</sup> were focused on  
35 *cognitive function* rather than *cognitive-behavioral function*, or were longer in time<sup>46</sup>. In  
36 agreement with previous reports<sup>46-48</sup> our results showed that *cognitive-behavioral*  
37 *function* plays an important role in explaining depression and anxiety symptoms and it  
38 is modifiable with psychological interventions, even briefly ones.  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46

47 We are now able to not only describe cognitive distortions on CRF patients<sup>25</sup>, but  
48 also to establish relationships with depression, anxiety and quality of life, as it has been  
49 made with other diseases<sup>49-56</sup>. Furthermore, understanding of cognitive function is  
50 important for patients suffering chronic diseases<sup>3</sup>, and our results provide knowledge on  
51 *behavioral-cognitive function*, information that might be very useful<sup>46</sup> to support and  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

1 supplement medical efforts to improve the diagnosis, prognosis, treatment and QoL of  
2 this specific CRF population.  
3

4  
5 We demonstrated superiority of our cognitive-behavioral intervention compared  
6 to conventional attention alone (the control group), by almost doubling the odds to  
7 decrease the relative risk in the patients under the CBI plus the conventional  
8 treatment, where the number needed to treat was 3:1. The benefit on anxiety was  
9 almost twice superior to the conventional attention alone, and the number needed to  
10 treat was 2:1. Therefore, our results not only confirm, but also extend the notion that  
11 CRF patients are ideal to study stress and others actors which are able to be modified  
12 by a CBI<sup>57</sup>.  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22

#### 23 *Limitations and recommendations*

24 Use of the materials developed with the CBI is recommended to ensure the  
25 reproducibility of the CBI in the training of personnel dealing depression and anxiety in  
26 patients with end-stage CRF. Symptoms of depression and anxiety and the QoL  
27 among CRF patients should be identified from the start of replacement therapy, and  
28 before and after application of psychological treatments. We applied a specific  
29 instrument to identify cognitive distortions in CRF patients to provide comprehensive  
30 care. Nevertheless, more data are required to obtain standardized cut-off values for  
31 these patients.  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44

#### 45 *Conclusions*

46  
47 A brief, systematic and structured CBI is presented, which decreases anxiety  
48 and depression symptoms and improves QoL on CRF patients, and it has higher  
49 performance than conventional treatment alone. Cognitive distortions in these patients  
50 are identified and scored by means of a new validated specific tool. Structured and  
51 systematic handbooks developed by this study may be valuable to support efforts and  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

participation of non specialized health professionals in CBI such as nurses, physicians, social workers and psychologists, which opens the opportunity to be further replicated and explored in a diversity of clinical population.

For Peer Review

## Acknowledgements

The authors thank Ignacio Eduardo De la Rosa for his efficient contribution with data gathering and management of the principal database for the study. We also thank Israel D. Campos, for data gathering of biochemical parameters, and Sergio Villarreal for his helpful support by providing adequate facilities for the intervention group sessions at the Instituto Nacional de Cardiologia Ignacio Chavez. Abel Lerma was supported by CONACyT with a scholarship for graduate studies (Doctoral Degree on Health Sciences).

## Conflict of interest

None to declare.

For Peer Review

## References

1. Cukor D, Cohen SD, Peterson RA, Kimmel PL. Psychosocial aspects of chronic disease: ESRD as a paradigmatic illness. *J Am Soc Nephrol* 2007; 18: 3042-3055
2. Finkelstein FO, Wuerth D, Troidle LK, Finkelstein SH. Depression and end-stage renal disease: a therapeutic challenge. *Kidney Int* 2008; 74: 843-845
3. Dahbour SS, Wahbeh AM, Hamdan MZ. Mini mental status examination (MMSE) in stable chronic renal failure patients on hemodialysis: The effects of hemodialysis on the MMSE score. A prospective study. *Hemodial Int* 2009; 13: 80-85
4. Cukor D, Coplan J, Brown C *et al.* Anxiety disorders in adults treated by hemodialysis: a single-center study. *Am J Kidney Dis* 2008; 52: 128-136
5. Cukor D, Rosenthal DS, Jindal RM, Brown CD, Kimmel PL. Depression is an important contributor to low medication adherence in hemodialyzed patients and transplant recipients. *Kidney Int* 2009; 75: 1223-1229
6. Shidler NR, Peterson RA, Kimmel PL. Quality of life and psychosocial relationships in patients with chronic renal insufficiency. *Am J Kidney Dis* 1998; 32: 557-566
7. Cukor D. Use of CBT to treat depression among patients on hemodialysis. *Psychiatric Services* 2007; 58: 711-712
8. Hedayati SS, Bosworth HB, Briley LP *et al.* Death or hospitalization of patients on chronic hemodialysis is associated with a physician-based diagnosis of depression. *Kidney Int* 2008; 74: 930-936

- 1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60
9. Cohen SD, Norris L, Acquaviva K, Peterson RA, Kimmel PL. Screening, diagnosis, and treatment of depression in patients with end-stage renal disease. *Clin J Am Soc Nephrol* 2007; 2: 1332-1342
10. Szeifert L, Adorjani G, Zalai D, Novak M. [Mood disorders in patients with chronic kidney disease: significance, etiology and prevalence of depression]. *Orv Hetil* 2009; 150: 589-596
11. Zalai D, Szeifert L, Novak M. Psychological distress and depression in patients with chronic kidney disease. *Semin Dial* 2012; 25: 428-438
12. Duarte PS, Miyazaki MC, Blay SL, Sesso R. Cognitive-behavioral group therapy is an effective treatment for major depression in hemodialysis patients. *Kidney Int* 2009; 76: 414-421
13. Lii YC, Tsay SL, Wang TJ. Group intervention to improve quality of life in haemodialysis patients. *J Clin Nurs* 2007; 16: 268-275
14. Sagawa M, Oka M, Chaboyer W. The utility of cognitive behavioural therapy on chronic haemodialysis patients' fluid intake: a preliminary examination. *Int J Nurs Stud* 2003; 40: 367-373
15. Robles R. Evaluación y Modificación de la Calidad de Vida de Personas con Diabetes Mellitus II. Tesis de Doctorado en Psicología. 2002. México, Facultad de Psicología UNAM.
16. Muñoz R, Ghosh I, Rao S, Le H, Dwyer E. *Manual de Terapia de Grupo para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de la Depresión: Aprendiendo a Manejar su Realidad Personal (Manual para el Participante)*. University of California, San Francisco, Department of Psychiatry, San Francisco General Hospital, San Francisco, CA 94110: 2000

- 1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60
17. Wolpe J, Salter A. The comparative clinical states of conditioning therapies and psychoanalysis. In: Wolpe J, SA, Reyna L, eds. *The Conditioning Therapies. The Challenge in Psychotherapy*. Holt, Rinehart and Winston, Inc., New York-Boston: 1964; 5-20
18. Wolpe J. *Práctica de la terapia de la conducta*. Trillas, México: 2004
19. Beck A. *Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)*. Traducción y adaptación al castellano por Brenlla,ME(1) y The Psychological Corporation,Eds., USA: 2006;
20. Jurado S, Villegas M, Méndez L, Rodríguez F, Loperena V, Varela R. La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental* 1998; 21: 26-31
21. Torres-Castillo M, Hernández-Malpica E, Ortega-Soto H. Validez y reproducibilidad del Inventario para Depresión de Beck en un hospital de cardiología. *Salud Mental* 2012; 14: 1-6
22. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56: 893-897
23. Robles R, Varela R, Jurado S, Páez F. Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología* 2001; 8: 211-217
24. Fernández M, Rancaño G, Hernández M. Propiedades psicométricas de la versión española del cuestionario PECVEC de Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos. *Psicothema* 1999; 11: 292-303
25. Lerma A, Salazar E, Perez-Grovas H *et al*. Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación de distorsiones cognitivas en pacientes con insuficiencia renal cronica terminal. *Salud Mental* 2012; 35: 189-194



- 1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60
26. Hollon S, Kendall P. Cognitive self-statements in depression: development of an automatic thoughts questionnaire. *Cogn Ther Res* 1997; 383-395
27. Weismann A, Beck A. Development and Validation of the Dysfunctional Attitude Scale. Paper presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy. 1978. Chicago, USA.
28. Fernández L, Siegrist J, Hernández M, Broer M, Cueto E. Evaluación transcultural de la versión española del perfil de calidad de vida para enfermos crónicos (PECVEC). *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 245-250
29. Fernández L, Orozco B, Rancaño G, Hernández M. Evaluación de la calidad de vida en un grupo de Diabetes Mellitus atendidos en un C.S. *Revista Valenciana de Medicina Familiar* 1999; 6: 52-59
30. Hedayati SS, Yalamanchili V, Finkelstein FO. A practical approach to the treatment of depression in patients with chronic kidney disease and end-stage renal disease. *Kidney Int* 2012; 81: 247-255
31. Watnick S, Kirwin P, Mahnensmith R, Concato J. The prevalence and treatment of depression among patients starting dialysis. *Am J Kidney Dis* 2003; 41: 105-110
32. Feroze U, Martin D, Reina-Patton A, Kalantar-Zadeh K, Kopple JD. Mental health, depression, and anxiety in patients on maintenance dialysis. *Iran J Kidney Dis* 2010; 4: 173-180
33. Novakovic M. [Anxiety disorders in dialysis patients]. *Med Pregl* 2007; 60: 484-488
34. Wang PL, Watnick SG. Depression: a common but underrecognized condition associated with end-stage renal disease. *Semin Dial* 2004; 17: 237-241

- 1 35. Wuerth D, Finkelstein SH, Finkelstein FO. The identification and treatment of  
2 depression in patients maintained on dialysis. *Semin Dial* 2005; 18: 142-146
- 3  
4 36. Maratos AS, Gold C, Wang X, Crawford MJ. Music therapy for depression.  
5  
6  
7 *Cochrane Database Syst Rev* 2008; CD004517
- 8  
9 37. Levendoglu F, Altintepe L, Okudan N *et al.* A twelve week exercise program  
10 improves the psychological status, quality of life and work capacity in  
11 hemodialysis patients. *J Nephrol* 2004; 17: 826-832
- 12  
13 38. Ouzouni S, Kouidi E, Sioulis A, Grekas D, Deligiannis A. Effects of intradialytic  
14 exercise training on health-related quality of life indices in haemodialysis patients.  
15  
16  
17 *Clin Rehabil* 2009; 23: 53-63
- 18  
19 39. Chertow GM, Levin NW, Beck GJ *et al.* In-center hemodialysis six times per week  
20 versus three times per week. *N Engl J Med* 2010; 363: 2287-2300
- 21  
22 40. Jaber BL, Lee Y, Collins AJ *et al.* Effect of daily hemodialysis on depressive  
23 symptoms and postdialysis recovery time: interim report from the FREEDOM  
24 (Following Rehabilitation, Economics and Everyday-Dialysis Outcome  
25 Measurements) Study. *Am J Kidney Dis* 2010; 56: 531-539
- 26  
27 41. Hedayati SS, Finkelstein FO. Epidemiology, diagnosis, and management of  
28 depression in patients with CKD. *Am J Kidney Dis* 2009; 54: 741-752
- 29  
30 42. Weiner S, Kutner NG, Bowles T, Johnstone S. Improving psychosocial health in  
31 hemodialysis patients after a disaster. *Soc Work Health Care* 2010; 49: 513-525
- 32  
33 43. Ginieri-Coccosis M, Theofilou P, Synodinou C, Tomaras V, Soldatos C. Quality  
34 of life, mental health and health beliefs in haemodialysis and peritoneal dialysis  
35 patients: investigating differences in early and later years of current treatment.  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60 *BMC Nephrol* 2008; 2369: 9-14

- 1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60
44. Brickman AL, Yount SE, Blaney NT, Rothberg S, De-Nour AK. Pathogenesis of cognitive complaints in patients on hemodialysis. *Gen Hosp Psychiatry* 1996; 18: 36-43
45. Hedayati SS, Minhajuddin AT, Toto RD, Morris DW, Rush AJ. Prevalence of major depressive episode in CKD. *Am J Kidney Dis* 2009; 54: 424-432
46. Aleman-Tepepa S. Terapia Cognitivo-Conductual en depresión. *Psiquis* 2006; 15: 104-109
47. Beck A, Steer R, . KM, Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: a 10 year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal Psychiatry* 1985; 142: 559-563
48. Kimmel PL. Psychosocial factors in adult end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: correlates and outcomes. *Am J Kidney Dis* 2000; 35: S132-S140
49. De Peuter S, Lemaigre V, Van Diest I, Van den Bergh O. Illness-specific catastrophic thinking and overperception in asthma. *Health Psychol* 2008; 27: 93-99
50. Lee EJ, Wu MY, Lee GK, Cheing G, Chan F. Catastrophizing as a cognitive vulnerability factor related to depression in workers' compensation patients with chronic musculoskeletal pain. *J Clin Psychol Med Settings* 2008; 15: 182-192
51. Rice KG, Tucker CM, Desmond FF. Perfectionism and depression among low-income chronically ill African American and White adolescents and their maternal parent. *J Clin Psychol Med Settings* 2008; 15: 171-181
52. Riskind J.H., Black D. Cognitive Vulnerability. In: Freeman A., ed. *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy*. Springer, New York: 2005; 122-125

- 1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60
53. Sullivan MJ, Lynch ME, Clark AJ. Dimensions of catastrophic thinking associated with pain experience and disability in patients with neuropathic pain conditions. *Pain* 2005; 113: 310-315
54. Teasdale JD, Scott J, Moore RG, Hayhurst H, Pope M, Paykel ES. How does cognitive therapy prevent relapse in residual depression? Evidence from a controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69: 347-357
55. Vlaeyen JW, Timmermans C, Rodriguez LM *et al.* Catastrophic thinking about pain increases discomfort during internal atrial cardioversion. *J Psychosom Res* 2004; 56: 139-144
56. Vowles KE, McCracken LM, Eccleston C. Patient functioning and catastrophizing in chronic pain: the mediating effects of acceptance. *Health Psychol* 2008; 27: S136-S143
57. Cukor D, Coplan J, Brown C, Peterson RA, Kimmel PL. Course of depression and anxiety diagnosis in patients treated with hemodialysis: a 16-month follow-up. *Clin J Am Soc Nephrol* 2008; 3: 1752-1758

**Table 1** Baseline characteristics of the study patients\*

<b>Characteristics</b>	<b>Intervention (n=31)</b>	<b>Control (n=18)</b>	<b>p-value</b>
Age (years)	41.8 ± 14.7	41.7 ± 15.1	0.594
<i>Gender</i>			
Female	16 (51.6)	10 (55.6)	0.790
Male	15 (48.4)	8 (44.4)	
<i>Facility</i>			0.438
Unit 1	19 (61.3)	13 (72.2)	
Unit 2	12 (38.7)	5 (27.8)	
<i>Worker</i>			0.460
Yes	23 (74.2)	15 (83.3)	
No	8 (25.8)	3 (16.7)	
<i>Educational level</i>			0.332
Elementary	11 (35.5)	4 (22.2)	
High School or higher	20 (64.5)	14 (77.8)	
<i>Marital Status</i>			0.638
Single	10 (32.3)	7 (38.9)	
Couple	21 (67.7)	11 (61.1)	
<i>Salary</i>			0.579
Yes	11 (35.5)	5 (27.8)	
No	20 (64.5)	13 (72.2)	
<i>Dependants</i>			0.628
Yes	15 (48.4)	10 (55.6)	
No	16 (51.6)	8 (44.4)	
<i>Children</i>			0.275
Yes	22 (71.0)	10 (55.6)	
No	9 (29.0)	8 (44.4)	
<i>Pharmacological treatment</i>			0.146
Yes	17 (54.8)	6 (33.3)	
No	14 (45.2)	12 (66.7)	
<i>Co-morbidities</i>			0.519
Yes	15 (48.4)	7 (38.9)	
No	16 (51.6)	11 (61.1)	
Hb (g/100 ml) (n = 49)	9.1 ± 2.0	9.1 ± 2.4	0.961
BUN (mg/dL) (n = 40)	62.2 ± 19.5	73.8 ± 18.5	0.081
Creatinine (mg/dL) (n = 49)	8.4 ± 3.0	9.0 ± 2.1	0.473
Albumin (mg/dL) (n = 49)	3.9 ± 0.4	3.9 ± 0.4	0.809
Glucose (mg/dL) (n = 34)	86.3 ± 12.0	86.2 ± 11.1	0.973
Uric acid (mg/dL) (n = 34)	6.2 ± 2.2	5.7 ± 1.6	0.513
Phosphorus (mg/dL) (n = 34)	5.2 ± 1.3	5.5 ± 0.8	0.424
Potassium (mEq/L) (n = 34)	4.6 ± 0.8	4.7 ± 0.6	0.872
Calcium (mg/dL) (n = 34)	9.1 ± 0.8	8.5 ± 0.8	0.088

\*Data are shown as mean ± SD

Hb = Hemoglobin

BUN = Blood Urea Nitrogen before hemodialysis

**Table 2** Mean values of the cognitive and somatic subscales, and overall Beck Depression Inventory; Beck Anxiety Inventory, according to time of study evaluation and group

	Intervention (n=31)	Control (n=18)	p-value*
<b>BDI total</b>			
Baseline	13.6 ± 7.6	15.8 ± 10.0	0.407
After 5 weeks	10.2 ± 8.2 <sup>&amp;</sup>	15.0 ± 10.9	0.084
After 9 weeks	7.1 ± 7.2 <sup>&amp;</sup>	14.7 ± 9.7	0.003*
P-value <sup>¶</sup>	< 0.001	0.866	
<b>BDI somatic subscale</b>			
Baseline	9.3 ± 4.5	10.2 ± 5.7	0.569
After 5 weeks	7.6 ± 5.9	9.2 ± 6.1	0.368
After 9 weeks	5.6 ± 5.2 <sup>&amp;</sup>	9.2 ± 5.2	0.025*
P-value <sup>¶</sup>	< 0.001	0.644	
<b>BDI cognitive subscale</b>			
Baseline	4.3 ± 4.2	5.6 ± 4.8	0.337
After 5 weeks	2.7 ± 3.3	5.9 ± 5.6	0.014*
After 9 weeks	1.5 ± 2.6 <sup>&amp;</sup>	5.5 ± 5.3	0.001*
P-value <sup>¶</sup>	0.002	0.858	
<b>BAI total</b>			
Baseline	13.5 ± 10.7	14.7 ± 13.0	0.725
After 5 weeks	12.3 ± 11.8	15.2 ± 12.4	0.412
After 9 weeks	7.3 ± 8.0 <sup>&amp;</sup>	16.0 ± 13.8	0.007*
P-value <sup>¶</sup>	< 0.001	0.788	
<b>BAI somatic subscale</b>			
Baseline	9.8 ± 8.2	10.1 ± 8.7	0.931
After 5 weeks	9.2 ± 9.3	10.4 ± 8.0	0.632
After 9 weeks	5.6 ± 6.7 <sup>&amp;</sup>	11.3 ± 9.3	0.017*
P-value <sup>¶</sup>	< 0.001	0.673	
<b>BAI cognitive subscale</b>			
Baseline	3.6 ± 3.3	4.7 ± 4.6	0.380
After 5 weeks	3.1 ± 3.1	4.8 ± 4.7	0.132
After 9 weeks	1.7 ± 2.0 <sup>&amp;</sup>	4.8 ± 4.6	0.002*
P-value <sup>¶</sup>	< 0.001	0.976	

Data are shown as mean ± SD

<sup>¶</sup>Overall comparison within group

\*Comparison between intervention and control groups

<sup>&</sup>Measure with significant change ( $p \leq 0.05$ ) within each group

BDI = Beck Depression Inventory

BAI = Beck Anxiety Inventory

**Table 3** Mean values of the subscales, and overall Quality of Life Scale according to time study evaluation group

	Intervention (n = 31)	Control (n = 18)	P-value*
<i>Physical capability</i>			
Baseline	19.4 ± 4.9	17.8 ± 4.5	0.249
After 5 weeks	21.0 ± 5.1	17.9 ± 5.1	0.045*
After 9 weeks	21.9 ± 5.5 <sup>&amp;</sup>	17.9 ± 5.5	0.019*
P-value <sup>††</sup>	0.029	0.993	
<i>Psychological function</i>			
Baseline	20.0 ± 5.1	17.0 ± 6.1	0.067
After 5 weeks	22.1 ± 5.7	18.7 ± 6.7	0.064
After 9 weeks	23.0 ± 4.9	17.6 ± 6.3	0.002*
P-value <sup>††</sup>	0.008	0.332	
<i>Positive mood state</i>			
Baseline	10.3 ± 3.4	8.7 ± 3.3	0.105
After 5 weeks	10.9 ± 3.9	8.6 ± 3.0	0.034*
After 9 weeks	12.1 ± 4.1 <sup>&amp;</sup>	8.9 ± 3.1	0.004*
P-value <sup>††</sup>	0.014	0.940	
<i>Negative mood state</i>			
Baseline	21.9 ± 5.2	23.6 ± 5.1	
After 5 weeks	25.3 ± 4.9 <sup>&amp;</sup>	24.4 ± 4.7	0.284
After 9 weeks	25.3 ± 6.3 <sup>&amp;</sup>	22.9 ± 5.7	0.530
P-value <sup>††</sup>	0.001	0.488	0.182
<i>Social role</i>			
Baseline	14.4 ± 4.8	11.9 ± 4.8	0.081
After 5 weeks	16.0 ± 4.5	11.9 ± 5.3	0.005*
After 9 weeks	16.1 ± 4.7	12.1 ± 5.2	0.007*
P-value <sup>††</sup>	0.185	0.981	
<i>Social well-being</i>			
Baseline	13.4 ± 3.5	12.7 ± 3.8	0.482
After 5 weeks	14.5 ± 3.3	12.7 ± 3.8	0.093
After 9 weeks	14.3 ± 3.2	12.2 ± 2.9	0.021*
P-value <sup>††</sup>	0.182	0.635	
<i>Overall QoL</i>			
Baseline	99.4 ± 21.3	91.5 ± 19.5	0.203
After 5 weeks	109.6 ± 21.1 <sup>&amp;</sup>	94.0 ± 21.0	0.016*
After 9 weeks	112.5 ± 23.8 <sup>&amp;</sup>	91.3 ± 22.5	0.004*
P-value <sup>††</sup>	0.001	0.663	

Data are shown as mean ± SD

<sup>††</sup>Overall comparison within group

\*Comparison between intervention and control groups

<sup>&</sup>Measure with significant change ( $p \leq 0.05$ ) within each group

QoL = Quality of life

**Table 4** Mean values of the subscales, and overall Distorted Thoughts Scale; Automatic Thoughts Scale, according to time study evaluation group

	Intervention (n = 31)	Control (n = 18)	P-value*
<i>Distorted Thoughts Scale</i>			
<i>Internal perfectionism</i>			
Baseline	6.9 ± 3.2	6.6 ± 3.3	0.743
After 5 weeks	6.2 ± 2.5	7.9 ± 3.2	0.041*
After 9 weeks	5.9 ± 2.2	7.9 ± 3.4	0.013*
P-value <sup>†</sup>	0.195	0.099	
<i>External perfectionism</i>			
Baseline	4.2 ± 2.2	4.8 ± 2.4	0.430
After 5 weeks	3.8 ± 1.7	4.2 ± 1.8	0.374
After 9 weeks	3.2 ± 1.4 <sup>&amp;</sup>	3.9 ± 1.7	0.102
P-value <sup>†</sup>	0.044	0.258	
<i>Overall perfectionism</i>			
Baseline	11.1 ± 5.0	11.3 ± 5.0	0.886
After 5 weeks	9.9 ± 3.7	12.1 ± 4.6	0.076*
After 9 weeks	9.0 ± 3.3	11.8 ± 4.7	0.019*
P-value <sup>†</sup>	0.067	0.604	
<i>Catastrophism</i>			
Baseline	26.0 ± 8.5	24.7 ± 10.1	0.632
After 5 weeks	23.4 ± 9.0	25.9 ± 7.6	0.337*
After 9 weeks	19.2 ± 7.7 <sup>&amp;</sup>	24.0 ± 9.1	0.050*
P-value <sup>†</sup>	<0.001	0.591	
<i>Negative self-labeling</i>			
Baseline	12.9 ± 5.6	13 ± 5.3	0.968
After 5 weeks	12.4 ± 5.6	12.5 ± 4.9	0.926
After 9 weeks	10.5 ± 5.0 <sup>&amp;</sup>	11.4 ± 4.9	0.522
P-value <sup>†</sup>	0.002	0.411	
<i>Dichotomous thinking</i>			
Baseline	10.4 ± 4.7	8.9 ± 4.7	0.258
After 5 weeks	9.5 ± 3.8	11.6 ± 5.3	0.108*
After 9 weeks	8.5 ± 4.0	11.7 ± 5.4	0.020*
P-value <sup>†</sup>	0.040	0.088	
<i>Overall index of distorted thinking</i>			
Baseline	63.8 ± 19.6	61.8 ± 24.6	0.741
After 5 weeks	58.2 ± 19.7	65.3 ± 18.2	0.218*
After 9 weeks	49.6 ± 17.9 <sup>&amp;</sup>	61.4 ± 19.7	0.037*
P-value <sup>†</sup>	0.003	0.506	
<i>Automatic Thoughts Scale</i>			
<i>Related to anxiety</i>			
Baseline	20.8 ± 7.0	20.3 ± 7.9	0.820
After 5 weeks	19.6 ± 5.6	20.7 ± 6.3	0.531*
After 9 weeks	16.7 ± 6.0 <sup>&amp;</sup>	20.5 ± 6.7	0.042*
P-value <sup>†</sup>	0.008	0.977	
<i>Related to depression</i>			
Baseline	24.4 ± 8.0	24.1 ± 10.3	0.890
After 5 weeks	21.3 ± 6.9	23.0 ± 8.2	0.450
After 9 weeks	20.2 ± 6.6 <sup>&amp;</sup>	22.8 ± 8.4	0.246
P-value <sup>†</sup>	0.010	0.728	

Data are shown as mean ± SD

<sup>†</sup>Overall comparison within group

\*Comparison between intervention and control groups

<sup>&</sup>Measure with significant change (p ≤ 0.05) within each group



1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

**Legend to figure**

**Figure 1.** Study flow chart. CBI = Cognitive Behavioral Intervention

For Peer Review

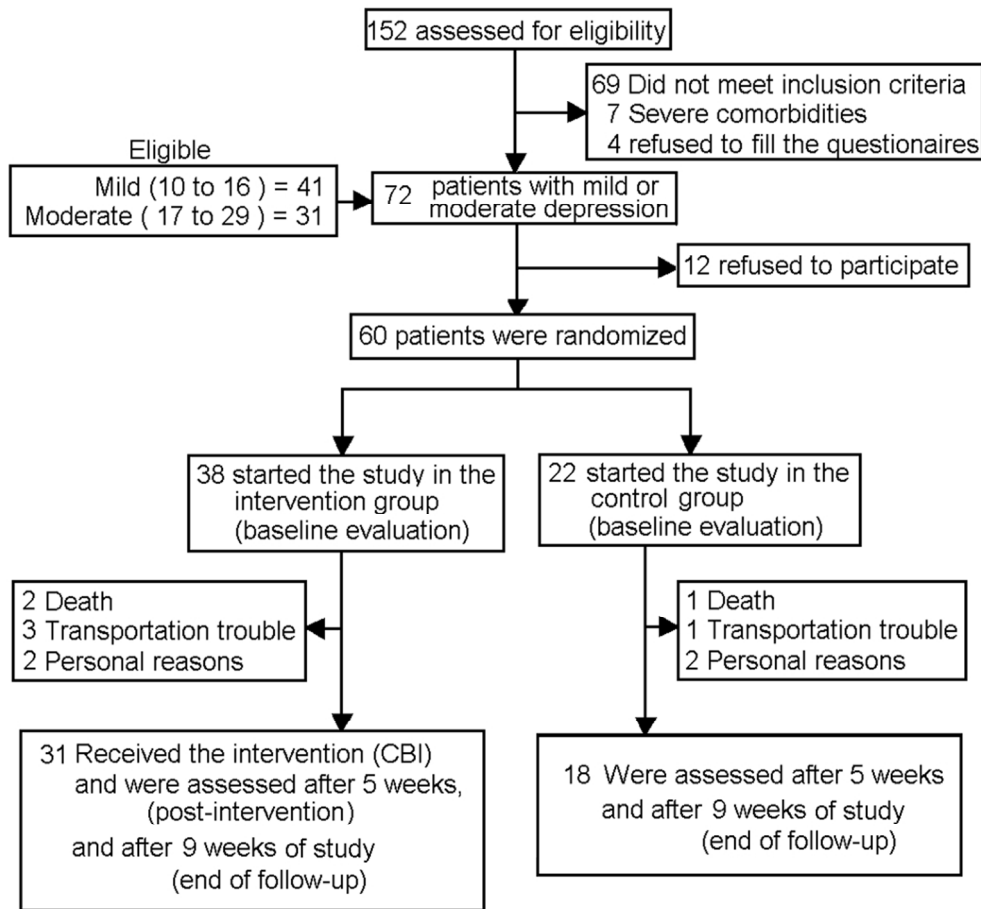


Figure 1: Study flow chart. CBI = cognitive behavioral intervention. 85x78mm (300 x 300 DPI)



1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

<b>ANEXO 10: Cuadro general del estudio: Se muestran 4 fases (A, B, C Y D), distribuidas en 4 etapas ( I a la IV)</b>						
<b>OBJETIVO PRINCIPAL:</b>		Determinar la efectividad de la ICC agregada a la atención médica convencional comparada con la atención médica convencional en forma aislada para disminuir los síntomas de depresión y ansiedad en adultos con IRC en etapa terminal.				
<b>Medidas de efecto de la intervención</b>	#	Fase D	Objetivos específicos primarios	ETAPAS		Diseño
	1	Determinar el nivel de depresión y ansiedad basal y final en el grupo de intervención y en el grupo control mediante las Escalas de Depresión II y Ansiedad de Beck.		IV Cálculo de Medidas de efecto del tratamiento		Datos procedentes del ensayo clínico aleatorizado, simple ciego
	2	Determinar el nivel de calidad de vida basal y final en el grupo de intervención y en el grupo control mediante la Escala Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos (PECVEC).				
	3	Calcular la magnitud del efecto por grupo, reducción absoluta del riesgo, reducción relativa del riesgo, riesgo relativo y número necesario a tratar.				
<b>Desarrollo y validación de un instrumento psicológico</b>	#	Fase A	Objetivos específicos secundarios	ETAPAS		Diseño
	1	Desarrollar y validar, mediante la Técnica de Redes Semánticas Naturales Modificada, un instrumento específico para evaluar distorsión cognitiva en pacientes con IRC en etapa terminal.		I Elaboración y validación de un instrumento específico para evaluar distorsiones cognitivas (DISCOG) en pacientes con IRC en etapa terminal.	Primera parte: Diseño y construcción	Se utilizó la Técnica de Redes Semánticas Naturales Modificada.
		Segunda parte: Validación				
<b>Identificación de factores asociados a depresión, ansiedad y calidad de vida.</b>	Fase B	Objetivos específicos secundarios		ETAPAS		Diseño
	2	Identificar distorsiones cognitivas predominantes en pacientes con IRC mediante un instrumento específico valido y confiable.		II Prueba piloto para determinar comportamiento de la población de interés, mediante la identificación de la prevalencia de distorsiones cognitivas, depresión, ansiedad y calidad de vida y la identificación de factores asociados a la presencia de depresión y ansiedad en pacientes con IRC en etapa terminal.	Primera parte: Identificación de la prevalencia de distorsiones cognitivas, depresión, ansiedad y calidad de vida.	Encuesta transversal
	3	Identificar los factores asociados a la presencia de depresión y ansiedad en pacientes con IRC en etapa terminal.			Segunda parte: Identificación de factores asociados a la presencia de depresión y ansiedad en pacientes con IRC en etapa terminal.	Análisis regresión logística

	#	Fase C	Objetivos específicos secundarios	ETAPAS	Diseño
Intervención Cognitivo Conductual	4		III Diseño de la ICC para disminuir síntomas de depresión y la ansiedad en pacientes con IRC en etapa terminal.	Primera parte: Elaboración de los manuales del Aplicador y del Paciente.	Investigación bibliográfica y de campo
				Segunda parte: Aplicación de la ICC	<p>Ensayo Clínico Aleatorizado. 2 grupos: Intervención y grupo control.</p> <p>Taller en grupos pequeños, 5 sesiones de 2 horas cada una. Durante la primera se incluyó evaluación basal de los síntomas de depresión y ansiedad, distorsiones cognitivas, pensamientos automáticos, actitudes disfuncionales y calidad de vida. Al término de las 5 sesiones se aplicó la segunda medición (M1) y 9 semanas a partir de la Línea Base (M2).</p>

Tiempo y lugar	Criterios de selección de la muestra	Muestreo y tamaño muestra	Análisis estadístico	Instrumentos
Entre febrero y diciembre del 2011. Instituto Nacional de Cardiología y Centro Integral de Nefrología (CEIN).	Pacientes que hayan participado y completado al menos en 80% de las sesiones y que hayan llenado completamente los instrumentos de medición.	El muestreo fue no probabilístico, de casos consecutivos que cumplieron los criterios de selección de esta Etapa IV. La asignación a los grupos y los datos de las mediciones estuvieron cegados al investigador principal y al terapeuta durante el levantamiento de datos.	Para medir el efecto del tratamiento se utilizó la base de datos limpia y preparada resultante de la aplicación de los instrumentos descritos en la Etapa III (ver anexos). Con la información disponible, Se elaboraron tablas descriptivas y relacionales, se calcularon la magnitud del efecto por grupo, la reducción absoluta y relativa del riesgo, el riesgo relativo y el número necesario de pacientes a tratar para reducir el efecto en al menos un paciente.	La base de datos para los cálculos se llenó, limpió y preparó con los datos provenientes de los instrumentos aplicados en la Etapa III.
Tiempo y lugar	Criterios de selección de la muestra	Muestreo y tamaño muestra	Análisis estadístico	Instrumentos
Agosto del 2009 a julio del año 2010 en cuatro centros de salud de 3 ciudades: Pachuca, Hgo. (IMSS), Cuernavaca, Mor. (Fresenius Medical Care) y México, D.F. (Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez" y Centro Integral de Nefrología (CEIN).	Pacientes ambulatorios por disponibilidad (n=255) con edades entre 17 y 89 años, ambos sexos, alfabetas.	255 pacientes consecutivos (Fresenius Medical Care Cuernavaca=100; Instituto Nacional de Cardiología = 53; Instituto Mexicano del Seguro Social (Pachuca, Hgo.), = 38; y Centro Integral de Nefrología (CEIN) = 64.	Se siguieron los procedimientos propuestos por Reyes Lagunes (50) para la elaboración del cuestionario y para la validación. Se usó la prueba t de student para comprobar la capacidad de discriminación de los reactivos, se elaboraron tablas cruzadas para evaluar direccionalidad de los mismos, se probó la confiabilidad interna del instrumento mediante Alfa de Cronbach, se efectuó prueba correlacional entre reactivos y se continuó con un análisis factorial de componentes principales ortogonal bajo el método Varimax para obtener la matriz de cargas factoriales correspondiente a cada elemento resultante.	Se generó, probó y validó estadísticamente un nuevo instrumento psicológico específico para identificar distorsión cognitiva en pacientes con IRC en etapa terminal (DISCOG).
Tiempo y lugar	Criterios de selección de la muestra	Muestreo y tamaño muestra	Análisis estadístico	Instrumentos
Entre agosto del 2010 y agosto del 2011 en las Unidades de Hemodiálisis del Instituto Nacional de Cardiología y el Centro Integral de Nefrología CEIN.	Pacientes ambulatorios por disponibilidad con edades entre 15 y 80 años, ambos sexos, alfabetas.	152 pacientes consecutivos del Instituto Nacional de Cardiología = 82 y del Centro Integral de Nefrología (CEIN) = 70.	Para las variables socio demográficas se calcularon frecuencias y porcentajes, y para las cuantitativas se calcularon las medias con su respectiva desviación estándar, después de comprobar la distribución de la muestra; se determinó la severidad de los síntomas de depresión y ansiedad mediante los puntos de corte procedentes de cada instrumento, en su caso.	Para medir síntomas de depresión y ansiedad se usaron los respectivos instrumentos de Beck. Para medir calidad de vida, el PECVEC (Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos) y para distorsión cognitiva se usó el DISCOG recién validado.
Entre septiembre y diciembre del 2011. Ciudad de México	108 pacientes con IRC (44 mujeres) con edad de 42 ±17 años de 2 centros de salud, que recibían tratamiento con hemodiálisis (HD, n = 80) o diálisis peritoneal (DP, n = 28).		Los resultados positivos para depresión (> 9 puntos) y ansiedad (> 19 puntos) se compararon con pruebas t o Chi cuadrada y correlación de Pearson. Las variables con diferencias y correlaciones significativas se probaron en un modelo de regresión logística multivariada para predicción de depresión o ansiedad.	Evaluamos variables socio-demográficas, clínicas, calidad de vida (perfil de calidad de vida en enfermos crónicos), síntomas depresivos y ansiosos (inventarios de depresión y ansiedad de Beck) y distorsión cognitiva (inventario de distorsión cognitiva para IRC).

Tiempo y lugar	Criterios de selección de la	Muestreo y tamaño muestra	Análisis estadístico	Instrumentos
Entre septiembre y octubre del 2010. INCICH	<p>Artículos científicos y estudios en los últimos 5 años, donde se haya aplicado terapia cognitivo-conductual en pacientes crónicos. Entrevistas personales con expertos en el tema. Consulta y revisión analítica de los manuales del usuario y del paciente, respectivamente, cuando estuvieron disponibles.</p>	<p>Por disponibilidad. Se tuvo acceso a manuales específicos para pacientes diabéticos, para población ansiosa y depresiva y para mujeres ansiosas y depresivas.</p>	<p>1.- Manual del aplicador y del paciente. 2.- Prueba piloto de la ICC con sujetos sanos.</p>	<p>Fichas bibliográficas, tarjetas con notas.</p>
Entre febrero y diciembre del 2011. INCICH y CEIN	<p>Pacientes con IRC, bajo tratamiento sustitutivo de la función renal (hemodiálisis o diálisis peritoneal) con edades de 20 a 60 años, sexo indistinto, con síntomas de depresión <math>\geq 10</math> y <math>&lt; 30</math>, Ansiedad <math>\geq 20</math> y <math>&lt; 40</math>, medidos con los Inventarios de Beck. Criterios de exclusión: Pacientes que estuvieran bajo tratamiento farmacológico psiquiátrico o diagnosticados con alguna comorbilidad psiquiátrica bajo tratamiento. Pacientes analfabetas funcionales o que no podían comunicarse verbalmente o que eran incapaces de comprender los cuestionarios, abuso de drogas o condiciones clínicas inestables. Pacientes que tenían niveles severos de depresión (<math>\geq 30</math>) y/o ansiedad <math>\geq 40</math>).</p>	<p>Por disponibilidad y participación voluntaria. Para el tamaño de muestra se utilizó la fórmula de comparación de dos proporciones.</p>	<p>Se utilizó la prueba Kolmogorov-Smirnov para verificar normalidad. Las características socio-demográficas y clínicas basales se compararon mediante prueba t o Chi cuadrada. Las variables psicológicas evaluadas antes y después del tratamiento se compararon mediante ANOVA para muestras repetidas con pruebas post-hoc mediante ajuste de Bonferroni. En el ANOVA se definieron dos factores: Grupo (tratamiento o control) y tiempo de medición (Basal, al terminar el tratamiento (M1) y un mes de seguimiento M2). Los datos se describieron como medias y desviación estándar o frecuencias y porcentajes.</p>	<p>Se utilizaron los mismos instrumentos de la Etapa II y se agregaron los dos siguientes: Evaluación de distorsiones cognitivas mediante dos escalas: El Cuestionario de Pensamientos Automáticos de Hollon y Kendal, que evalúa la frecuencia de pensamientos negativos automáticos con base en 30 reactivos que se responden en una escala de 1 a 5 puntos. La Escala de Actitudes Disfuncionales de Weismann y Beck evalúa la presencia de actitudes disfuncionales permanentes hacia la vida con base en 40 reactivos. Ambas medidas han demostrado tratarse de instrumentos válidos y confiables.</p>

# **Manual de Terapia Cognitivo Conductual Breve y Grupal para la prevención y tratamiento de depresión y ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica**

Manual para el facilitador



Adaptación del "Manual de Terapia Cognitivo Conductual Breve y Grupal para la prevención y tratamiento de depresión y ansiedad", con autorización de la **Dra. Rebeca Robles García**. Instituto Nacional de Psiquiatría "Juan Ramón De la Fuente "

También, se ha incluido y adaptado material del manual de: Muñoz, R. F., Ghosh Ippen, C., Rao, S., Le, H-L, & Dwyer, E. V. (2000). Manual de Terapia de Grupo para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de la Depresión: Aprendiendo a Manejar su Realidad Personal. (Manual para el Participante). University of California, San Francisco, Department of Psychiatry, San Francisco General Hospital, 1001 Potrero Avenue, Suite 7M, San Francisco, CA 94110. Email: munoz@itsa.ucsf.edu.

**Por: M. en C. S. Abel Lerma Talamantes**  
*Estudiante del Doctorado en Ciencias de la  
Salud. Facultad de Medicina*  
*Universidad Nacional Autónoma de México*

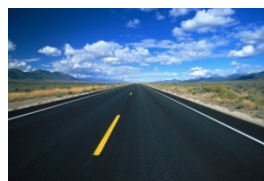
## Presentación

Este manual es una guía paso a paso para aplicar una intervención cognitivo conductual con el objetivo de prevenir y/o disminuir sintomatología depresiva y ansiosa. El manual está dividido en cinco apartados, que corresponden a las cinco sesiones que comprende la intervención. En cada sesión se describen el objetivo, las actividades, material y los procedimientos que habrá de llevar a cabo el facilitador y el/la usuario(a) de la intervención.

En su complemento, el "Manual de Intervención Cognitivo Conductual para disminuir sintomatología depresiva y ansiosa" para el/la usuario(a), se describe detalladamente la información que el/la usuario(a) debe conocer acerca de la intervención. Se enuncian los objetivos y actividades de cada una de las cinco sesiones, y los procedimientos y tareas que habrán de realizar para adquirir las habilidades conductuales y cognitivas necesarias para controlar sus emociones. Sin duda alguna, el facilitador de la intervención requiere de una formación breve para impartir la intervención de forma efectiva. Esta formación breve incluye el conocimiento en sintomatología depresiva y ansiosa y de los principios generales de las teorías del aprendizaje y cognoscitivas que sirven de sustento teórico a la presente intervención. El manual no puede ni debe usarse como "una receta de cocina". Es necesario adaptar las explicaciones de los conceptos, los ejemplos y los ejercicios para casa, a cada uno de los grupos en donde se desee impartir la intervención.

Las estrategias descritas en el manual han mostrado ser útiles para que las personas controlen y disminuyan emociones negativas como la ansiedad y la depresión. En términos generales, son cuatro las estrategias que habrán de aplicarse para lograr la prevención y/o disminución substancial de depresión y ansiedad: 1) el auto-reforzamiento, 2) el entrenamiento en respiración profunda, 3) el entrenamiento en relajación de pares de músculos de Jacobson, y 4) la reestructuración cognitiva (para depresión y ansiedad).

**En este manual encontrarás una guía paso a paso para ayudar a otros a aprender a controlar sus emociones.**





# PRIMERA SESION

## ·Objetivos:

1. Encuadre
2. Descripción y solución de expectativas de la terapia
3. Evaluación de síntomas de ansiedad y depresión

## ·Actividades:

1. Presentación del grupo y del facilitador
2. Exposición de objetivos y procedimientos de terapia (descripción de terapia, solución de dudas y expectativas)
3. Exposición de reglas de trabajo grupal.
4. Aplicación de Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck.
5. Entrega de apartado de "Primera sesión" de Manual de usuario
6. Tarea para casa.
7. Aceptación individual, voluntaria e informada para participar en la terapia.
8. Fin de la sesión

## ·Material:

- \* Etiquetas y plumones (para anotar nombre de los miembros del grupo)
- \* 10 juegos de copias de la "Primera sesión" del Manual de Intervención Cognitivo Conductual para disminuir síntomas de depresión y ansiedad en los usuarios.
- \* Pizarrón y gis, o rota-folios y plumones (para anotar conceptos importantes de las exposiciones).

·Procedimiento:

### ***1. Presentación del grupo y del facilitador***

Es necesario que todos los miembros del grupo se conozcan a fin de lograr la integración y alianza que necesita para lograr sus objetivos. Para ello se llevará a cabo la dinámica grupal: "ejercicio de presentaciones", que a continuación se describe:

- a) El facilitador saluda a los usuarios y les solicita que acomoden las sillas de la sala en forma circular a fin de que todos puedan verse unos a otros. El facilitador coloca su silla en algún punto del círculo (como uno más de los usuarios).
- b) El facilitador comunica a los usuarios que a continuación habrán de presentarse como él lo hará: Dice su nombre, su edad, su oficio, y su interés por estar en el grupo (ayudarles a aprender a controlar sus emociones y así prevenir o disminuir los síntomas de depresión y de ansiedad).
- c) Los usuarios se presentan uno por uno.
- d) El grupo elabora etiquetas con el nombre de cada uno de los miembros y se las coloca a fin de que los demás puedan leer su nombre cada vez que deseen dirigirse a alguno de ellos.

### ***2. Exposición de objetivos y procedimientos de la intervención (descripción de terapia, solución de dudas y expectativas)***

- a) El facilitador expone la siguiente información acerca de la intervención, alentando a los participantes a preguntar cualquier duda que vayan presentando, y resolviendo todas las dudas y expectativas inadecuadas de la intervención.

·**Número de sesiones:** 5 Cinco, de dos horas cada una, con intermedio de 15 minutos en cada sesión.

·**Tipo de intervención:** grupal (4 a 8 personas), breve y estructurada (manual para terapeuta y para usuarios).

· **Objetivo:** Prevención y/o disminución de síntomas de depresión y ansiedad al final de la intervención y uno y tres meses después de la misma.

En este punto, el facilitador explica los síntomas de la depresión y la ansiedad de forma clara y sencilla a fin de que todos los participantes puedan entenderlos.

A continuación se hace esta descripción de síntomas de ansiedad y depresión:

### **DEPRESIÓN: La enfermedad de la tristeza**

- Diferencia entre Depresión mayor y Síntomas depresivos.
  - Depresión Mayor: 5% de la población general
- Síntomas depresivos: hasta el 20% de la población y más frecuente en mujeres.
  - **Síntomas:** estado de ánimo deprimido, pérdida de interés en las actividades cotidianas, alteraciones del dormir (insomnio o hiper-somnia), alteraciones en el apetito, problemas de concentración, pensamientos de muerte, ideación o intentos suicidas.
- El mejor tratamiento de la Depresión mayor es **Psicoterapia Cognitivo Conductual + medicamento antidepressivo.**
- La Psicoterapia Cognitivo Conductual puede ser efectiva para prevenir la depresión mayor y eliminar síntomas depresivos.

### **ANSIEDAD: UN MIEDO ILÓGICO**

- Diferencia entre síntomas y trastornos de ansiedad.
- **Trastornos de ansiedad:** 5% de la población general.
- **Síntomas de ansiedad:** Síntomas físicos (taquicardia, sudoración, etc), y psicológicos (sensación de temor ilógico, intenso y duradero)
- **Trastornos de ansiedad:** Trastorno de ansiedad generalizada, Trastorno de Pánico, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Fobia simple, Fobia Social, Trastorno por Estrés Postraumático.
  - El tratamiento ideal de los trastornos de ansiedad es **Psicoterapia Cognitivo Conductual + medicamento.**
- Las Técnicas de Terapia Cognitivo Conductual pueden ser útiles para prevenir trastornos de ansiedad y eliminar sintomatología ansiosa.

· **Técnicas principales:** Auto-reforzamiento, Entrenamiento en Relajación y Respiración, Reestructuración cognitiva para la ansiedad y la depresión (Identificación y modificación de ideas irracionales relacionadas con depresión y ansiedad con base en auto registro y debate racional), y tareas para casa. La explicación de cada una de las

técnicas debe hacerse de forma clara y sencilla, a fin de que todos los participantes puedan entenderlas.

A continuación se presenta una sugerencia para la descripción de las técnicas:

### **Auto-reforzamiento: Un auto-premio bien merecido**

- \* El auto-reforzamiento se define como: Brindarse a sí mismos **una consecuencia positiva por una conducta o actividad** que ha llevado a cabo.
  - \* La consecuencia positiva, premio o reforzador puede variar de persona a persona. Cada quien habrá de **seleccionar** con anterioridad el premio que se dará cuando realice una conducta o actividad.
    - \* Es importante que el premio se dé **INMEDIATAMENTE** después de la conducta o actividad realizada, y **CONTINGENTE** a la conducta o actividad en cuestión (es decir: SOLO se dará ante esa conducta y no ante ninguna otra).
  - \* Esta técnica es útil para lograr **refuerzo a conductas o actividades difíciles pero necesarias de realizar** por las personas.
    - \* Cuando las personas son poco premiadas por su ambiente, pueden premiarse a sí mismas. **Esta es una habilidad importante de aprender** para aliviar y prevenir la tristeza y/o depresión.

### **Entrenamiento en Relajación: Cuerpo y mente relajados en minutos**

- \* El entrenamiento en relajación es una "clase" en donde se enseña a los participantes a relajar TODOS los músculos de su cuerpo.
  - Este entrenamiento es útil para disminuir la ansiedad.
  - \* En términos generales, el entrenamiento consiste en tensar y distender cada par de músculos del cuerpo, de pies a cabeza.
- \* Es importante que lo que se aprenda en la sesión de entrenamiento se practique todos los días, muchas veces, para que después, uno pueda relajarse en unos cuantos minutos.

## **Entrenamiento en Respiración: Oxígeno y bienestar a cuerpo y mente**

\* El Entrenamiento en respiración es una "clase" en donde los participantes re aprenden cómo respirar profundamente. Cuando somos bebés respiramos con el diafragma, proporcionando a nuestro cuerpo el oxígeno necesario y expulsando los tóxicos del organismo. Sin embargo, cuando crecemos generalmente comenzamos a respirar de manera cortada. Con este entrenamiento re aprendemos la respiración diafragmática. Esto ha probado ser muy útil para lograr bienestar físico y psicológico en general, y para reducir la tensión muscular y la ansiedad en particular.

\* Es importante que los participantes ensayen diariamente la respiración profunda para lograr respirar de esta manera de forma habitual, y para cuando se quiera relajarse y disminuir la ansiedad.

## **Reestructuración Cognitiva: Pensar bien para sentirse bien**

\* La reestructuración cognitiva es un conjunto de técnicas útiles para identificar y modificar los pensamientos, creencias, ideas, fantasías y/o imágenes que producen emociones negativas como la depresión y la ansiedad.

\* Las técnicas principales son: el auto-monitoreo y auto-registro de situaciones, pensamientos y conductas relacionadas con la depresión y la ansiedad (observar, darse cuenta y anotar en un papel las situaciones, pensamientos y conductas relacionadas con la depresión y la ansiedad), el paro de pensamiento (para los pensamientos relacionados con la depresión y la ansiedad), y el debate racional (que es la discusión lógica dirigida a modificar los pensamientos irracionales que producen depresión y ansiedad, y sustituirlos por pensamientos racionales o lógicos).

## **Tareas para casa: La práctica hace al maestro**

\* Las tareas para casa son ejercicios que los participantes practican fuera de las sesiones del grupo. Estas tareas tienen la finalidad de lograr que los participantes desarrollen las habilidades que se enseñan en las sesiones.

Es por medio de la práctica constante que se hace un hábito personal auto-reforzarse, relajarse, respirar profundamente y pensar racionalmente.

\* Las tareas se describen detalladamente en cada apartado de las cinco sesiones del Manual para el facilitador y del Manual para los usuarios, y el facilitador encargará la tarea de cada sesión y resolverá todas las dudas que tengan los participantes.

- **Evaluación de resultados:** Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck.

El facilitador explica a los participantes la importancia de la evaluación para conocer como se encuentran sus emociones. Insiste en que los inventarios sean llenados completamente y su cooperación para su llenado al finalizar la intervención, al mes y a los tres meses. Finalmente, el facilitador aclara que los cuestionarios les serán entregados al final de la sesión para que sean contestados por las participantes.

<b>IMPORTANTE:</b> El facilitador debe dar un tiempo de descanso a los participantes aproximadamente a la mitad de la sesión.
---

### ***3. Exposición de reglas de trabajo grupal.***

En todos los grupos de trabajo, independientemente de que tengan o no un objetivo terapéutico como este grupo, es indispensable “tener reglas de trabajo” que aseguren el logro de sus objetivos. El facilitador debe enunciar y explicar cada una de las siguientes reglas de trabajo grupal a los participantes:

1. Asistencia ***puntual*** a todas las sesiones: Es muy importante que todos los participantes asistan puntualmente a las sesiones. Esto permitirá llevar a cabo todas las actividades programadas para la sesión y así cubrir los objetivos de la misma.
2. Confidencialidad y apoyo grupal: Los participantes y el facilitador habrán de apoyarse unos a otros y no podrán comentar nada de lo que se hable en las sesiones que pueda afectar a los participantes.
3. Participación equitativa: Todos los participantes tienen derecho a manifestar sus dudas, opiniones y ejemplos. Por lo tanto nadie habrá de hacer una participación muy extensa que no permita participar a los demás. Todos podrán hablar en la sesión en un periodo no mayor de cinco minutos por persona en cada participación.

4. Participación en los ejercicios prácticos y tareas para casa: Todos los participantes llevarán a cabo los ejercicios de las sesiones y las tareas para casa. Solo así podrán aprender las habilidades necesarias para controlar sus emociones.

El facilitador debe advertir a los participantes que: Todos los miembros del grupo deben respetar y hacer respetar las reglas de trabajo grupal. Solo así lograrán su objetivo de trabajo conjunto: aprender las habilidades necesarias para controlar y disminuir las emociones negativas de depresión y ansiedad.

Finalmente, si algunos miembros del grupo y/o el facilitador proponen y el grupo en su totalidad acepta voluntariamente otra regla de trabajo grupal, esta puede ser integrada al conjunto de reglas anteriormente expuestas.

Si se aceptaron otras reglas de trabajo grupal (además de las anteriormente expuestas), Por favor anótela (s): \_\_\_\_\_

---

(De esta manera podrá consultar y recordar todas las reglas de trabajo grupal que se acordaron en esta primera sesión).

#### ***4. Aplicación de Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck***

Otro facilitador solicita a los participantes que contesten el Inventario de Ansiedad de Beck y el Inventario de Depresión de Beck, les pide que se sienten lo más separados unos de otros a manera de que no puedan ver lo que contestan los demás, les entrega los inventarios y un lápiz o pluma para completarlos, lee las instrucciones y aclara que no hay respuestas correctas o incorrectas en los inventarios, si no que se trata de anotar lo que cada uno siente o piensa en su vida cotidiana.

Es muy importante que el facilitador aclare que, aunque los participantes anotarán su nombre en los inventarios, las respuestas serán estrictamente confidenciales. El nombre del participante se usará tan solo como control para poder conocer los

cambios emocionales que experimenta con la intervención con base en la segunda y tercera aplicación de los instrumentos.

Finalmente el facilitador espera el tiempo necesario para que los participantes completen los instrumentos y los recoge y almacena para su posterior calificación.

En el anexo del presente manual se encuentran los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck, que se aplicarán para evaluar sintomatología depresiva y ansiosa en esta intervención. Cabe agregar que estos instrumentos son breves y fáciles para la auto aplicación. Sin embargo, el facilitador debe cerciorarse de que los participantes saben leer y escribir.

#### ***5. Entrega de apartado de "Primera sesión" de Manual del usuario.***

El facilitador-terapeuta explica a los participantes que al terminar cada sesión hará entrega de un resumen de la misma, que contiene la descripción de los objetivos, actividades y procedimientos, así como la tarea para casa que habrán de realizar los participantes. De esta manera, advierte, no es necesario que los participantes anoten nada durante la sesión, y podrán concentrarse exclusivamente en "vivirla". Además, al final de las sesiones los participantes tendrán un "recordatorio" de las mismas al que podrán acudir cuando así lo deseen.

#### ***6. Tarea para casa***

Finalmente, el facilitador leerá y explicará la primera tarea para casa, haciendo notar a los participantes que ésta se encuentra descrita al final del apartado de "Primera sesión" del "manual del usuario".



La Tarea para casa de la primera sesión es:

1. Lectura del apartado de "Primera sesión" del Manual del Usuario, para reforzar la primera sesión y poder resolver las dudas que se presenten en la lectura en la próxima sesión.
2. Pensar y anotar en el espacio correspondiente de "Primera sesión" del Manual para usuario: ¿Qué actividades, situaciones, personas y lugares se relacionan con mis sentimientos de tristeza o depresión?
3. Pensar y anotar en el espacio correspondiente de "Primera sesión" del Manual para usuario: ¿Qué puedo hacer para sentirme menos triste o deprimido (a)?
4. Pensar y anotar en el espacio correspondiente de "Primera sesión" del Manual para usuario: ¿Quién es la o el responsable de cómo me siento (triste o deprimido (a))?

## **7. Fin de la sesión.**

Como en todas las sesiones subsecuentes, al finalizar la sesión, el facilitador pedirá a todos los participantes aplaudir en señal de que la sesión ha concluido y todos han hecho un buen esfuerzo en la misma. Se despide, recuerda el día y hora de la próxima sesión, y se retira del lugar.

Ejemplo:

*"Felicidades, y hasta: \_\_\_\_\_ (Día de la próxima sesión), a las: \_\_\_\_\_ (horario de la próxima sesión), Gracias".*

## SEGUNDA SESION

·Objetivo: Los usuarios aprenderán la aplicación del auto-reforzamiento.

·Actividades:

1. Revisión de tarea para casa
2. Exposición: Relación entre la depresión y la pérdida de reforzamiento (Película o diapositivas con ejemplos, 20 minutos)
3. Identificación de reforzadores y conductas sujetas a auto reforzamiento y entrega de apartado de "Segunda Sesión" del Manual de usuarios.
4. Ejercicio estructurado: "El procedimiento para auto reforzarme"
5. Tareas para casa: auto monitoreo de auto reforzamientos y cambios conductuales y emocionales.
6. Fin de la sesión

·Material:

- \* Pizarrón y gis o rota folio y plumones (para anotar ejemplos y exposición)
- \* Película y video casetera (o medio audiovisual seleccionado para dar ejemplo de relación entre pérdida de reforzamiento y depresión).

Procedimiento:

### ***1. Revisión de tarea para casa***

- a) Preguntar a los participantes si han elaborado la tarea para casa de la sesión pasada, y preguntar y resolver las dudas de la lectura del apartado "Primera sesión" del Manual para Usuarios.

b) Dibujar en el pizarrón (o rotafolio) el siguiente cuadro:

<b>Situación, actividades, personas o lugares</b> relacionados con sentimientos de tristeza o depresión	<b>¿Qué actividades me hacen sentir mejor?:</b> Lo que puedo hacer para sentirme menos triste o deprimido	<b>¿Qué actividades puedo planear para sentirme mejor y para incrementar mis logros durante la semana?</b>

c) Pedir a los participantes que den sus ejemplos (lo que anotaron en los espacios correspondientes en el apartado de "Primera sesión" del Manual de Usuarios, como tarea para casa) y llenar las dos primeras columnas de la tabla.

d) Analizar la tabla de forma grupal, y el facilitador concluye:

1. *"Podemos identificar ante qué situaciones, personas o lugares es más fácil que nos pongamos tristes o deprimidos. Y también podemos identificar actividades que nos hacer sentir bien".*

2. *"Generalmente nos sentimos tristes o deprimidos en esas situaciones, con esas personas o en esos lugares, porque pensamos algo o hacemos algo que nos da tristeza o depresión. Estas formas de pensar y actuar que nos deprimen habremos de aprender a modificarlas en la otra sesión".*

3. Finalmente el facilitador pide a los participantes algunos ejemplos de actividades para disminuir la tristeza o depresión, los anota en la tercera columna de la tabla, y concluye el ejercicio mencionando la importancia de realizar actividades placenteras o que impliquen logros (aunque sean pequeños) para aliviar la tristeza o depresión. Ejemplo de conclusión del facilitador: *"Como pudimos observar en el ejercicio, hay*

*ciertas actividades que nos hacen sentir mejor, y quiero que intenten hacerlas para aliviar sus sentimientos de tristeza y depresión durante la semana. Generalmente las personas deprimidas o tristes se sienten mejor si empiezan a realizar actividades que implican placer o la posibilidad de conseguir algo. Por eso, como parte de las tareas para casa de esta sesión estará que ustedes hagan aquellas actividades placenteras o que implican logros que les ayuden a sentirse mejor. Al final de la sesión explicaremos detalladamente la tarea”.*

e) Discutir de forma grupal la responsabilidad personal de las propias emociones:

*“Uno es el responsable de sus emociones, porque uno las ocasiona, uno las siente. Pero a cambio, uno puede controlarlas, disminuirlas, o dejar de sentir las. Podemos y debemos hacer algo por sentirnos mejor.*

Esto servirá de introducción a la segunda sesión dedicada al **auto reforzamiento: Lo que alguien se brinda así mismo como premio por realizar una conducta.**

Finalmente, el facilitador felicita al grupo por haber realizado la tarea, y señala nuevamente la importancia de realizar estos ejercicios en casa para reforzar lo aprendido en la sesión.

## ***2. Exposición: Relación entre la depresión y la pérdida de reforzamiento (Película o diapositivas con ejemplos, 20 minutos)***

a) El facilitador expone a los participantes el objetivo de esta sesión: “aprender a auto premiarse” cuando uno realiza actividades adecuadas y difíciles.

b) El facilitador expone a los participantes la relación entre la depresión o tristeza y la pérdida de reforzamiento.

Ejemplo:

*"Como hemos visto, algunas situaciones y actividades nos ayudan a sentirnos mejor. Cuando hacemos cosas placenteras o que implican algún logro, aunque sea pequeño nos sentimos bien. Por eso, empezar a hacer cosas nuevas nos ayuda a dejar de sentirnos tristes y deprimidos".*

Ejemplos de actividades placenteras o que implican logros:

1. Planear algo con lo que disfrutas
2. Salir a divertirse
3. Asistir a una reunión social
4. Practicar un deporte
5. Divertirse en casa
6. Hacer bien un trabajo
7. Cooperar con alguien en una tarea común
8. Iniciar una conversación
9. Hacer cumplidos o alabar a alguien
10. Mostrar afecto físico o amor

*"También vimos que en algunas situaciones, con algunas personas, y en algunos lugares tendemos a sentirnos más tristes o deprimidos, y que esto es generalmente porque pensamos o hacemos algo que nos deprime. Pero también puede estar sucediendo lo siguiente: NO SOMOS REFORZADOS POR LO QUE HACEMOS, esto quiere decir que no somos premiados por nosotros mismos ni por los demás cuando hacemos cosas adecuadas y difíciles de hacer".*

*"La solución a esta pérdida de refuerzo por parte de los demás no es dejar de hacer las cosas, sino premiarnos a nosotros mismos por hacerlas. A esta actividad de premiarse a sí mismo por hacer determinadas actividades se le conoce como*

*AUTOREFORZAMIENTO O AUTOPREMIO, y el día de hoy aprenderemos a auto premiarnos. Esto nos ayudará a prevenir y aliviar nuestros sentimientos de tristeza y depresión”.*

c) Finalmente el facilitador pone un ejemplo de pérdida de reforzamiento y depresión. Para ello puedo utilizar un extracto de una película que guste al grupo, o cualquier medio audiovisual disponible en el lugar de la sesión.

### ***3. Identificación de reforzadores y conductas sujetas a auto reforzamiento.***

a) El facilitador entrega el apartado de “Segunda sesión” del Manual para Usuarios. Esto para que en los espacios correspondientes completen la información que se solicitará en este ejercicio de identificación de conductas y auto-reforzadores.

b) El facilitador pide a los participantes que imaginen y/o piensen y anoten todas aquellas conductas adecuadas y difíciles de hacer que llevan a cabo y que no son reconocidas ni premiadas por los demás (hijos, esposo, amigas, padres, etc.).

c) El facilitador pide a los participantes que imaginen y/o piensen y anoten aquellas actividades o cosas con las que se pueden premiar a sí mismas por hacer esas cosas adecuadas y difíciles de hacer que no son premiadas por los demás.

En este punto el facilitador debe recordar a los participantes que los premios son: **CONSECUENCIAS POSITIVAS, GRATIFICANTES QUE SE DAN INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE HACER ALGO.** Y que los auto-premios y las conductas las escoge previamente cada persona. Los auto premios pueden ser desde auto verbalizaciones positivas o “decirnos a nosotros mismos” algo agradable, como una felicitación por lo que hemos hecho, hasta darnos a nosotros mismos algo material que nos agrade mucho. Decirnos algo positivo es a veces un mejor premio que darnos algo material, y además no cuesta nada, solo hay que habituarnos a hacerlo.

Algunas de las auto-verbalizaciones o cosas que nos podemos decir a nosotros mismos para sentirnos bien y para reforzar o premiar nuestras conductas son:

1. Me gusta la gente
2. Me siento bien
3. Le gusto a la gente
4. Me agradó hacer...
5. Soy una buena persona...
6. Tengo un buen auto control
7. Tengo consideración con los demás
8. Algún día recordaré los malos días y sonreiré
9. Mis experiencias me han preparado para el futuro
10. He trabajado bastante y ahora me ocupo también de divertirme

<p><b>IMPORTANTE:</b> El facilitador debe dar un tiempo de descanso a los participantes aproximadamente a la mitad de la sesión.</p>
--

#### ***4. Ejercicios estructurados: "El procedimiento para auto-reforzarme"***

*El facilitador introduce dos ejercicios grupales: "El proceso para auto reforzarnos por nuestras conductas o logros tiene básicamente dos partes: 1) primero debemos aprender a reconocer nuestros logros, y 2) después aprender a premiarlos. En los siguientes ejercicios practicaremos estas habilidades. En el primer ejercicio, denominado: "Me siento orgulloso de..." practicaremos la habilidad de reconocer nuestros logros. Solo así podremos después premiarnos por haber logrado algo. "Primero hay que reconocer lo que hacemos, para poder premiarnos después por hacerlo. En el segundo ejercicio practicaremos la habilidad de auto reforzarnos o auto premiarnos por nuestros logros o conductas".*

## **a) Ejercicio: Me siento orgulloso (a) de...**

a.1) El facilitador pide a cada uno de los participantes: *"Platícanos dos de los logros más importantes que hayas tenido en el trayecto de tu vida", y después pregunta: "¿Crees que estos logros fueron fortuitos (por casualidad) o trabajaste arduamente en conseguirlos?, ¿Quiénes de las personas cercanas a ti conocen de estos logros?, ¿Te gusta hablar de ellos?"*.

a.2) El facilitador invita al grupo a analizar la experiencia emocional de los participantes al reconocer sus logros y las razones por las cuales en ocasiones, les resulta difícil hablar de ellos.

a.3) El facilitador concluye e introduce el siguiente ejercicio:

Ejemplo:

*"Entre las razones que explican la dificultad para hablar de los logros personales destaca el hecho de que nuestro medio ambiente, la sociedad en general, nos enseña a ser "modestos" acerca de los logros que tenemos, para no ser "presuntuosos". En otras ocasiones la enseñanza ha sido incluso de una "auto-exigencia desmedida" con la que nos hacemos incapaces de reconocer nuestros logros".*

*"Además de aprender a reconocer nuestros logros, nos hace bien aprender a premiarnos por ellos. En el siguiente ejercicio practicaremos esta habilidad de auto premiarnos ante conductas adecuadas o logros".*



## **b) Ejercicio: Me auto refuerzo por...**

b.1) El facilitador pide a los participantes que den un ejemplo de conducta a reforzar y de un reforzador o premio. Posteriormente les pide que cierren los ojos y que imaginen que están realizando esta conducta deseable y difícil de hacer, y que después se otorgan a sí mismos el reforzador, acto seguido les pide que detecten cómo se sienten, si experimentan orgullo o alguna emoción positiva. Después les pide que abran los ojos y que analicen las razones por las que tendemos a no premiarnos a nosotros mismos ante nuestros logros, por pequeños que sean, y la importancia que tiene reforzarnos a nosotros mismos cuando hacemos bien las cosas.

b.2) El facilitador concluye el ejercicio y motiva a los participantes a aprender a auto reforzarse por sus conductas apropiadas y logros:

Ejemplo: *“Es curioso, pero generalmente aprendemos muy bien a auto rechazarnos por haber fracasado, pero no aprendemos a auto reforzarnos, o auto premiarnos o al menos a elogiarnos cuando logramos algo, por insignificante que sea. Es necesario practicar esta habilidad de auto reforzamiento para poder sentirnos valiosos cuando hacemos cosas adecuadas. Esto previene y alivia la tristeza o depresión”.*

### ***5. Tareas para casa: auto-monitoreo de auto-reforzamientos y cambios conductuales y emocionales.***

El facilitador lee y resuelve las dudas de las tareas para casa, que son:

a) Llevar a cabo actividades placenteras o que implican logros (aunque sean pequeños). Registrar estas actividades en el espacio correspondiente del manual para usuarios.

b) Identificar y auto premiarse las conductas "adecuadas" y "difíciles de hacer" que se hayan seleccionado. Registrar los cambios emocionales que experimentan en el espacio correspondiente del manual para usuarios.

**Recordar que:** Los auto premios y las conductas las escoge previamente cada persona. Los auto premios pueden ser desde auto verbalizaciones positivas o "decirnos a nosotros mismos" algo agradable, como una felicitación por lo que hemos hecho, hasta darnos a nosotros mismos algo material que nos agrade mucho.

El facilitador debe recalcar a los participantes que estos auto premios deben dárselos inmediatamente después de hacer las conductas, y SOLO si hacen esas conductas. Es decir, no deben darse ese premio ante otra situación o conducta, SOLO se lo darán si hacen la conducta seleccionada.

## ***6. Fin de la sesión***

El facilitador toma lista de asistencia de la segunda sesión.

**IMPORTANTE:** El facilitador solicita a los participantes que acudan **VESTIDOS CÓMODAMENTE** (pantalones y zapatos deportivos o ropa holgada y muy cómoda) a la próxima sesión, pues aprenderán algunos ejercicios para relajarse.

Al finalizar la sesión el facilitador pedirá a todos los participantes aplaudir en señal de que la sesión ha concluido y todos han hecho un buen esfuerzo en la misma. Se despide, recuerda el día y hora de la próxima sesión, y se retira del lugar.

Ejemplo:

"Felicidades, y hasta: \_\_\_\_\_ (Día de la próxima sesión), a las: \_\_\_\_\_ (horario de la próxima sesión), Gracias".

## **TERCERA SESION**

·Objetivo: Los usuarios aplicarán la relajación muscular y la respiración profunda para disminuir síntomas de ansiedad.

·Actividades:

1. Revisión de Tarea para casa.
2. Exposición y Ejercicios estructurados de Relajación de pares musculares
3. Exposición y ejercicios estructurados de Respiración profunda.
4. Entrega de "Tercera sesión"
5. Tareas para casa: ensayo repetido de relajación y respiración ante la ansiedad y auto registro, e identificación de situaciones y pensamientos relacionados con la depresión y la ansiedad.
6. Fin de la sesión

·Material:

- \* 10 juegos de copias de la "Tercer sesión" del Manual para Usuarios.

·Procedimiento:

### ***1. Revisión de Tarea para casa.***

El facilitador pregunta por, revisa y revuelve dudas de la tarea para casa de la sesión anterior, que consistió en:

- a) Llevar a cabo actividades placenteras o que implican logros (aunque sean pequeños). Registrar estas actividades en el espacio correspondiente del manual para usuarios.

b) Identificar y auto premiarse las conductas “adecuadas” y “difíciles de hacer” que se hayan seleccionado. Registrar los cambios emocionales que experimentan en el espacio correspondiente del manual para usuarios.

El facilitador recuerda a los participantes la importancia de hacer cosas placenteras o que impliquen logros (aunque mínimos), así como de auto premiarse o auto reforzarse por hacer conductas adecuadas, para sentirse bien y disminuir síntomas depresivos o tristeza. Finalmente, motiva a los participantes a continuar haciendo estas cosas placenteras y auto premiarse ante conductas adecuadas. Es importante hacer ver que el auto premio o auto refuerzo por las conductas adecuadas tuvo como consecuencia que, -además de que se sintieran mejor-, incrementaran esas conductas adecuadas que eligieron hacer y auto premiarse. Es decir, el auto reforzamiento es útil para aumentar la frecuencia de las conductas que se elige efectuar y auto premiar.

## ***2. Exposición y ejercicios estructurados de relajación de pares musculares.***

El facilitador introduce los ejercicios de esta tercera sesión:

Ejemplo:

*"El día de hoy aprenderán dos cosas: 1) a relajarse, y 2) a respirar profundamente. Estas dos habilidades son muy útiles para controlar las emociones y disminuir la ansiedad y el estrés de la vida diaria. Así, todos los días, o al menos en esas ocasiones en que se sientan angustiados, ansiosos, tensos o estresados, tendrán algo que hacer para reducir ese malestar emocional: relajarse y respirar adecuadamente. Primero haremos un ejercicio para enseñarles a relajarse, y el segundo ejercicio será de respiración".*

Posteriormente el facilitador informa a los participantes acerca de qué es la relajación y de cómo se lleva a cabo. En primer lugar habrán de aprender a distinguir entre la

tensión y la relajación de los músculos y después aprenderán el proceso para lograr una relajación completa.

Ejemplo (pedir a un participante pasar al frente para mostrar los ejercicios y solicitar al resto de los participantes que los hagan desde su lugar):

*"El objetivo de este curso es que ustedes aprendan a controlar sus emociones. **La técnica de relajación muscular** es muy útil para controlar la ansiedad, el estrés, la angustia y la tensión. Esta técnica consiste en aprender a tensar y luego relajar los distintos grupos musculares de tu cuerpo, de forma que sepas qué se siente cuando el músculo está tenso y qué se siente cuando está relajado. De esta forma, cuando este aprendizaje se haya vuelto un hábito, identificarás rápidamente, en cualquier momento del día, cuando estés tenso más allá de lo que necesitas (porque hay ocasiones en las que necesitamos cierta tensión para poder actuar, pero la mayoría de las veces estamos tensos sin que esto sea necesario, o más tensos de lo que necesitamos). Cuando notes que estás tenso más allá de lo necesario tendrás una señal para relajarte automáticamente. Para que la relajación llegue a ser parte de tu vida, para que sea un hábito, debes practicarlo muchas veces. Por eso es muy importante que practiques en casa. Sin esta práctica no será posible hacer de la relajación un hábito y aplicarlo en la vida real.*

*Bien, vamos primero a aprender a distinguir cuándo nuestros músculos están tensos o relajados: Vamos a comenzar con los de la mano derecha (la dominante). Los músculos de la mano y antebrazo se tensan apretando el puño. Así, hazlo conmigo... ¿notas la tensión en la mano, en los nudillos y en el antebrazo?, muy bien. Ahora suelta la mano completamente, ¿notas la diferencia entre la tensión anterior y la relajación de ahora. Eso es lo que les pediré que hagamos en el ejercicio de relajación que llevaremos a cabo. Cuando hayamos relajado los músculos de la mano y antebrazo, pasaremos a los músculos del bíceps y haremos lo mismo. El ejercicio para tensar es el de apretar fuertemente el codo contra el brazo del sillón o la silla. Prueben*

*ustedes... muy bien. Cuando relajemos el brazo completamente, practicaremos los mismos ejercicios con el brazo contrario. No se preocupen por recordar nada, que yo les iré diciendo paso a paso qué hacer para relajarse completamente”.*

Es importante que el facilitador señale los músculos que va mencionando, pues la mayoría de las personas desconoce sus nombres, que aliente a los participantes a resumir en sus palabras lo que es la relajación y que resuelva las dudas que se presenten. Posteriormente, el facilitador comienza a entrenar en la relajación de todos los grupos musculares. En la siguiente tabla se muestra el orden en que se tratan los grupos musculares y el tipo de ejercicios de tensión que se lleva a cabo.

<b>Grupos musculares</b>	<b>Ejercicios</b>
Mano y antebrazo dominantes	Se aprieta el puño
Bíceps dominante	Se empuja el codo contra el brazo del sillón
Mano, antebrazo y bíceps no dominantes	Igual que el miembro dominante
Frente y cuero cabelludo	Se levantan las cejas tan alto como se pueda
Ojos y nariz	Se aprietan los ojos al tiempo que se arruga la nariz
Boca y mandíbulas	Se aprietan los dientes mientras se llevan las comisuras de la boca hacia las orejas. Se aprieta la boca hacia fuera. Se abre la boca.
Cuello	Se dobla hacia la derecha Se dobla hacia la izquierda Se dobla hacia delante Se dobla hacia atrás
Hombros, pecho y espalda	Se inspira profundamente manteniendo la respiración al tiempo que se llevan los hombros hacia atrás intentando que se junten los omoplatos.
Estómago	Se mete hacia adentro conteniendo la respiración. Se saca hacia fuera conteniendo la respiración.
Pierna y muslo derecho	Se intenta subir con fuerza la pierna sin despegar el pie del asiento (o suelo)
Pantorrilla	Se dobla el pie hacia arriba tirando con los dedos, sin despegar el talón del asiento (o suelo)
Pie derecho	Se estira la punta del pie y se doblan los dedos hacia adentro
Pierna, pantorrilla y pie izquierdo	Igual que el derecho
Secuencia completa de músculos	Sólo relajación

Antes de comenzar con la secuencia de ejercicios de tensión-relajación el facilitador pide a los participantes que se sienten en sus sillas y que dejen que sus ojos se vayan cerrando y que se relajen. Después de uno o dos minutos comienza la secuencia de ejercicios.

Ejemplo:

*"Están cómodos y relajados. Ahora me gustaría que siguieran dejando relajado todo su cuerpo, mientras concentran su atención en su mano derecha (mano dominante). Cuando yo les diga, cierren el puño muy fuerte, todo lo fuerte que puedan. ¡Ahora!. Fíjate lo que sientes cuando los músculos de la mano y antebrazo están tensos. Concéntrate en ese sentimiento de tensión y malestar que experimentas".*

Después de aproximadamente cinco segundos (prácticamente los que duran las palabras del facilitador):

*"Ahora cuando te diga "suelta", quiero que tu mano se abra completamente y la dejes caer sobre tus piernas, no lo hagas gradualmente o poquito a poquito, déjala caer de golpe. "¡Suelta!". Nota ahora como la tensión y la incomodidad han desaparecido de tu mano y tu antebrazo. Fíjate en las sensaciones de relajación, de placer, de tranquilidad que tienes ahora. Fíjate en el contraste, en la diferencia entre tener la mano tensa y tenerla relajada. Continúa soltando esos músculos, dejando que se hagan cada vez más lisos, más relajados. No hagas nada, sólo déjalos sueltos".*

Después de 30 a 40 segundos de relajación, se repite de nuevo el ejercicio, y así hasta completar los ejercicios de los brazos. Después se relaja la frente y cuero cabelludo, y así cada uno de los músculos del cuerpo, hasta los pies. Al finalizar los ejercicios de todos los músculos se dedicarán 5 minutos a únicamente relajar. Para esto se repiten las instrucciones anteriores de relajación.

<p><b>IMPORTANTE:</b> El facilitador debe dar un tiempo de descanso a los participantes aproximadamente a la mitad de la sesión.</p>
--

### **3. Exposición y ejercicios estructurados de respiración profunda.**

El facilitador introduce el ejercicio: *"Ahora aprenderemos a respirar profundamente. La respiración profunda nos ayuda a controlar la ansiedad, las preocupaciones o la angustia. Cada vez que se sientan ansiosos podrán disminuir su malestar haciendo estos ejercicios de respiración. Nuevamente lo importante es que esta forma de respirar se vuelva un hábito y para eso es necesario practicar muchas veces este ejercicio en su casa y en diversas situaciones de su vida diaria.*

*Cuando somos bebés respiramos de una manera adecuada (respiración diafragmática): inhalamos mucho aire, hasta llenar nuestro cuerpo y luego lo soltamos todo (ilustrar con ejemplo). Sin embargo, poco a poco vamos aprendiendo a respirar de forma cortada, para que no se vean todos esos movimientos del estómago que se producen cuando respiramos profundamente. Por eso necesitamos re aprender a respirar adecuadamente, al menos en aquellos momentos en que queramos sentirnos tranquilos.*

*Es muy sencillo, solo sigan estas instrucciones: Siéntense y relájense, coloquen su cuerpo "derecho" pero relajado,... muy bien, ahora cierren sus ojos lentamente, e inhalen (tomen aire) durante siete segundos, mientras "inflan" su estómago con ese aire... Si están respirando adecuadamente su estómago se infla como una bolsa cuando le soplan... si están respirando incorrectamente entonces suben los hombros y su estómago permanece plano. Ahora suelten lentamente, también en siete segundos todo ese aire que han inhalado, hasta lo último que puedan. Es muy probable que a nadie le salga bien a la primera, así que lo intentaremos otra vez, recuerden que primero tomarán todo el aire que puedan durante siete segundos mientras inflan su estómago y después lo soltarán durante otros siete segundos hasta desinflar por completo su estómago. No tienen que hacer un gran esfuerzo para tomar aire, háganlo de manera tranquila y natural. Ahora... inhalen (cuenta hasta siete)... exhalen (cuenta hasta siete)".*



El facilitador resuelve las dudas de los participantes, y finalmente les solicita que hagan el ejercicio completo: *"Repitan 10 veces esta forma de inhalar y exhalar profundamente... y fíjense qué sensación tan agradable experimenta nuestro cuerpo cuando respiramos de esta manera...relájense y disfrútenlo"*.

#### **4. Entrega de "Tercera sesión"**

El facilitador entrega a los participantes el apartado de "Tercera sesión" del Manual de Usuarios y les solicita que revisen juntos la tarea para casa de esta sesión.

#### **5. Tareas para casa: ensayos y registros de relajación y respiración**

La tarea para casa será:

a) Practicar el auto reforzamiento y hacer actividades placenteras o que impliquen logro: *"Las tareas se van sumando. Es necesario que continúen practicando lo que aprendieron la sesión pasada más lo que aprendieron en esta, por eso cada vez tendrán más cosas que practicar"*

b) Repetir al menos una vez al día los ejercicios de relajación y respiración aprendidos en la sesión. Estos ejercicios están descritos detalladamente en el apartado de "Tercera sesión" del manual de usuarios que se entregó a todos los participantes.

c) Hacer un registro de cada uno de los ejercicios, anotando en la hoja correspondiente del manual de usuarios, la hora del día, el grado de relajación (en una escala de 0 a 10 puntos) antes y después de la práctica y los problemas encontrados durante los ejercicios (interrupciones, no concentración, dormirse, etc.)

#### **6. Fin de la sesión**

El facilitador toma lista de asistencia a la sesión.

Al finalizar la sesión el facilitador pedirá a todos los participantes aplaudir en señal de que la sesión ha concluido y todos han hecho un buen esfuerzo en la misma. Se despide, recuerda el día y hora de la próxima sesión, y se retira del lugar.

Ejemplo:

*"Felicidades, y hasta: \_\_\_\_\_ (Día de la próxima sesión), a las: \_\_\_\_\_ (horario de la próxima sesión), Gracias".*

## **CUARTA SESION**

·Objetivo: Los usuarios identificarán y modificarán las ideas, creencias, pensamientos, percepciones y/o imágenes relacionadas con sentimientos de tristeza y ansiedad.

### ·Actividades:

1. Revisión de Tareas para casa
2. Explicación de Modelo ABC  
A= Antecedente, B= Creencia, C= Consecuencia (conducta, emoción y/o pensamiento)
3. Ejercicio estructurado de identificación y modificación de pensamientos relacionados con la depresión y la ansiedad.
4. Entrega de "cuarta sesión" y tarea para casa: Identificación y modificación de ideas relacionadas con depresión y ansiedad, y auto-registro.
5. Fin de la sesión

### ·Material:

- \* Pizarrón y gises o rotafolio y plumones (para anotar explicaciones)
- \* 10 juegos de copias de la "Cuarta sesión" del Manual para usuarios.

·Procedimiento:

### ***1. Revisión de Tareas para casa***

El facilitador pregunta a los usuarios por la elaboración de la tarea y resuelve las dudas y problemas que se hayan presentado en su ejecución.

La tarea para casa de la tercera sesión consistió en:

a) Repetir al menos una vez al día los ejercicios de relajación y respiración aprendidos en la sesión. Estos ejercicios están descritos detalladamente en el apartado de "Tercera sesión" del manual de usuarios que se entregó a todos los participantes.

b) Hacer un registro de cada uno de los ejercicios, anotando en la hoja correspondiente del manual de usuarios, la hora del día, el grado de relajación (en una escala de 0 a 10 puntos) antes y después de la práctica, y los problemas encontrados durante los ejercicios (interrupciones, no concentración, dormirse, etc.)

El facilitador recuerda a los usuarios la necesidad de seguir practicando estos ejercicios de auto reforzamiento ante conductas deseables, de continuar realizando actividades placenteras o que impliquen logros, así como de relajarse y respirar profundamente: "*Quiero que practiquen en casa, diariamente, no solo lo que vemos en la sesión, sino todo lo que han aprendido antes. Así que es necesario que sigan practicando el auto premio, hacer cosas placenteras, relajarse y respirar profundamente todos los días. La práctica hace al maestro. Recuerden que para lograr hacer un hábito necesitamos practicar muchas veces lo que aprendemos. Lo deseable es que diariamente practiquen todo lo que aquí aprenden. En esa medida se sentirán mejor y tendrán las habilidades necesarias para controlar sus emociones negativas*".

## **2. Explicación de Modelo ABC**

El facilitador introduce la exposición del Modelo ABC: *A= Acontecimiento, B= creencia, C= Consecuencia (conducta, emoción y/o pensamiento).*

Ejemplo:

*"Ahora aprenderán otra habilidad para controlar sus emociones negativas como la tristeza y la ansiedad: controlar sus pensamientos. Esto quiere decir que si aprendemos a pensar adecuadamente nos sentimos bien, nuestras emociones desagradables no son muy intensas y podemos controlarlas. Pensar bien es pensar de forma lógica, con sentido común, no confundirnos o hacernos bolas con pensamientos negativos que solo nos ocasionan malestar, ni nos ayudan siquiera a resolver las cosas".*

El facilitador explica el modelo ABC:

Ejemplo:

*"Generalmente las personas creemos que son las cosas que nos pasan las que nos hacen sentir mal (tristeza o angustia), pero no es así. La mayoría de las veces las emociones intensas y desagradables son ocasionadas por algo que pensamos, más que por algo que nos sucede realmente: "Nos son las cosas que nos pasan lo que nos afecta si no lo que pensamos o interpretamos de ellas".*

El facilitador anota en el pizarrón o rotafolio el siguiente esquema:

**A= Acontecimiento, evento, situación o antecedente de una emoción (lo que pasa)**

**Ejemplo:** (aquí escribirá después el ejemplo que dé el grupo)

**B= Creencia, pensamiento, idea o interpretación de la situación (lo que piensas)**

**Ejemplo:** (aquí escribirá después el ejemplo que dé el grupo)

**C= Consecuencia emocional y conductual (lo que haces y lo que sientes)**

**Ejemplo:** (aquí escribirá después el ejemplo que dé el grupo)

El facilitador explica a los participantes el esquema y pone un ejemplo:

*"En este esquema vemos lo que generalmente nos sucede cuando sentimos algo, primero nos pasa algo, luego interpretamos eso que pasa de alguna manera, y esa forma de interpretarlo hace que nos sintamos de alguna forma. Por ejemplo. Si A= Estoy esperando en casa a que pase una amiga a recogerme pero ella se ha retrasado. Quedó de llegar a las 5:00 y son las 5:30. Este es un hecho. Algunas personas sentirán angustia o ansiedad, otras quizás se sientan tristes, y otras cuantas tranquilas. ¿De qué depende ese sentimiento?, ¿porqué unas se sentirán tristes, otras tranquilas y otras angustiadas? La respuesta es sencilla: **Por lo que piensan**. Por la forma en que cada quien interprete las cosas. Aquellas que se sienten angustiadas o ansiosas seguramente es porque habrán pensado algo así como: "Seguramente le ha pasado algo, un accidente o algo y por eso no puede llegar... Y yo que podré hacer, no sé qué hacer... ¡qué angustia!". Por otra parte, las personas que se sienten tristes ante esta situación, podrían estar pensando algo así como: "Seguro ya no me quiere y no le importo, a lo mejor quiere que entienda que no quiere que vaya con él/ella porque no se la pasa bien conmigo, se avergüenza de mi, soy un tonto(a) por haber creído que quería ir conmigo". Finalmente, si las personas piensan "Ya falta poco para que llegue mi amiga, en lo que llega puedo ponerme a hacer algo atrasado, o descansar simplemente".*

## **PERO: ¿QUÉ "COSA" SON LOS PENSAMIENTOS?**

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

**Recuerda:** Pensamientos son cosas que nos decimos a nosotros mismos. Algunos son correctos. Algunos son incorrectos. Algunos solamente representan una opinión. Escoge cuidadosamente lo que te dices a tí mismo(a). Hablando con otros podemos ver si ellos piensan lo mismo que uno o si tienen una opinión diferente.

## TU REALIDAD EXTERNA Y TU REALIDAD INTERNA

<b>Tu Realidad Externa</b>	<b>Realidad Interna</b>
<i>Los hechos: Las partes de tu realidad que otras personas pueden observar o que uno puede medir.</i>	<i>El mundo dentro de tu mente que otras personas no pueden observar.</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Las cosas que haces</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pensamientos</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Enfermedades que has padecido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Recuerdos</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cuánto dinero tienes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Creencias</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Número de personas quienes viven contigo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Expectativas</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Los sitios donde vives, trabajas y frecuentas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Como entendemos lo que nos pasó.</li> </ul>
<b>Punto principal:</b> Aunque tu realidad externa <i>puede parecer inalterable</i> , es posible cambiar partes de ella.	<b>Punto principal:</b> Tú puedes cambiar y manejar tu realidad interna.
<b>Ejemplos:</b> Tú puedes decidir cómo vas a pasar tu tiempo. Decides si vas a quedarte en la casa o si vas a pasear.	<b>Ejemplos:</b> Tú decides en que parte de tu realidad vas a enfocarse.
<b>Estas son partes de tu realidad externa que puedes manejar.</b>	<b>Al cambiar tu realidad externa puedes cambiar los recuerdos, creencias, y expectativas que tendrás en el futuro.</b>
<b>Conclusión:</b> <i>Tú puedes hacer cambios en tu realidad externa para que sea lo más saludable posible.</i>	<b>Conclusión:</b> <i>Los cambios en tu realidad externa afectarán tu realidad interna. (y viceversa)</i>

**Recuerda:** Tu realidades externa e interna son importantes y son reales. Se afecta la una a la otra. Aunque no tenemos control completo sobre ellas, es importante reconocer que hay partes de cada una que si podemos cambiar

*"Ahora, observen los siguientes dibujos y traten de analizar qué está pasando en ellos..."*



## La Misma Situación, Pensamientos Diferentes



*"Fíjense como son nuestros pensamientos los que determinan en buena medida como nos sentimos. La ventaja de esto es que así podemos controlar nuestras emociones negativas al controlar nuestros pensamientos: Pensar bien para sentirse bien".*

El facilitador pide a los participantes que den ellos ahora un ejemplo de una situación en la que se han sentido o podrían sentirse tristes o angustiadas, y anota en el esquema la situación y la emoción en los apartados A y C: *"Fíjense cómo generalmente creemos que lo que sentimos está ocasionado directamente por la situación que vivimos, pero ahora nos daremos cuenta de que no es así... Cierren los ojos e imaginen que están en esa situación, sintiendo esa emoción desagradable (tristeza o angustia),... muy bien, ahora traten de detectar qué están pensando, qué ideas pasan por su cabeza, cómo interpretan lo que está sucediendo... por favor díganme algunas ideas".*

El facilitador anota entonces las ideas en el apartado de ejemplo "B" del esquema, y analiza con los usuarios cómo un pensamiento es el que realmente intensifica las emociones, y no es la situación sola la que nos hace sentirnos mal.

Ejemplo: *"Como pueden ver no es solo la situación la que nos hace sentir mal, nuestros pensamientos intensifican las emociones, y si son pensamientos ilógicos provocan emociones negativas. Si en lugar de pensar tal (y dice el ejemplo)... pensáramos tal (da una opción de pensamiento lógico), nos sentiríamos tal (da una emoción de tristeza o miedo manejable o insignificante, o menciona incluso un ejemplo de tranquilidad o alegría).*

<p><b>IMPORTANTE:</b> El facilitador debe dar un tiempo de descanso a las participantes aproximadamente a la mitad de la sesión.</p>
--

### ***3. Ejercicio estructurado de identificación y modificación de pensamientos relacionados con la depresión y la ansiedad.***

a) El facilitador define a los usuarios qué es un pensamiento irracional y automático.

Ejemplo: *"Los pensamientos irracionales son pensamientos negativos, automáticos que nos ocasionan emociones intensas y negativas. Son cosas que nos decimos a nosotros mismos. Estos pensamientos son irracionales porque no son lógicos, por el contrario, son absurdos, pero creemos que son ciertos. Podemos distinguirlos porque generalmente se presentan en forma de comandos rígidos, imperativos, para lo que empleamos las palabras: "debo, debería, tengo, tendría, siempre, nunca, horrible, espantoso, terrible, bueno, y malo". Palabras exageradas, porque podemos cambiarlas por palabras racionales, lógicas como: "quiero, prefiero, sería deseable, desagradable, adecuado e inadecuado", respectivamente"*

b) El facilitador explica a los usuarios cuáles son los pensamientos irracionales más frecuentes de la depresión y la ansiedad, pidiéndoles que en tanto él da la exposición, ellos traten de detectar cuales de esos pensamientos se han presentado o se presentan en su vida diaria.

### ***Pensamientos irracionales y automáticos relacionados con la depresión:***

La depresión se caracteriza por un patrón de pensamiento: pensamientos negativos acerca de nosotros mismos (autocrítica), acerca del mundo (en general negativo) y acerca de nuestro futuro (desesperanza).

### ***Los pensamientos negativos acerca de nosotros mismos***

Ejemplo: *"Debo ser un inútil por todas aquellas cosas terribles que me han ocurrido", "No soy buena ni como madre ni como persona", "Si fuera una buena persona no me pasarían cosas tan malas como las que me pasan", "Yo probablemente no sea digno de ser respetado por los demás".*

Como podemos observar, la creencia básica que está por debajo de cada uno de estos pensamientos es: "Soy una inútil", o "no soy bueno".

### ***Los pensamientos negativos acerca del mundo***

Ejemplo: *"Cuántas cosas que debería haber hecho no hice el sábado por andar descansando", "Hay puras noticias horribles en los periódicos".*

Cuando uno está deprimido generalmente observa o recuerda los aspectos negativos más intensamente que los positivos.

### ***Los pensamientos negativos acerca del futuro***

Cuando estamos deprimidos imaginamos que el futuro será totalmente negativo. Esta predicción o anticipación respecto a qué acontecimientos saldrán negativamente se llama desesperanza. Anticipamos que una conversación saldrá mal, que una nueva

relación no funcionará, o que un problema no se podrá solucionar. En la forma más extrema, la desesperanza puede llevar a pensamientos de suicidio.

Ejemplo: *"No seré bueno para esto", "La regaré en todo", "No le gustaré a nadie", "Nadie me va a querer", "Nunca mejoraré".*

Casi todas las personas que están deprimidas piensan de esta manera. Y por lo tanto, dejar de pensar así previene y alivia los sentimientos de tristeza y depresión.

### ***Pensamientos irracionales y automáticos relacionados con la ansiedad:***

El miedo RACIONAL o normal es una emoción que nos ayuda a sobrevivir, pues es una señal para que nuestro cuerpo se prepare para responder a un peligro o amenaza real. Pero cuando no hay peligro o amenaza real, el miedo es IRRACIONAL, y el desgaste del cuerpo es innecesario. Este miedo IRRACIONAL es la ANSIEDAD, y está ocasionada por nuestros pensamientos, no porque haya una amenaza o peligro real en el medio ambiente.

Los pensamientos relacionados con la ansiedad son diferentes de los pensamientos que caracterizan la depresión. La ansiedad se acompaña de la percepción de que estamos en PELIGRO o de que estamos de algún modo AMENAZADOS o de que somos de alguna forma VULNERABLES. (Los síntomas físicos de la ansiedad nos preparan para responder al peligro o amenaza en la que pensamos que nos encontramos).

En términos generales, podemos percibir amenazas de tres tipos: 1) las amenazas físicas, cuando crees que serás herido físicamente, 2) la amenaza social, cuando creemos que seremos rechazados, humillados o avergonzados, y 3) la amenaza mental, cuando algo hace que nos preocupemos de que vamos a volvernos locos o a perder nuestras capacidades mentales.

Los pensamientos de ansiedad se orientan hacia el futuro y a menudo predicen peligro o catástrofes. Estos pensamientos generalmente empiezan con "Y si...", y finalizan con resultados de desastre y con frecuencia incluyen imágenes de peligro.

c) El facilitador introduce el ejercicio de identificación y modificación de pensamientos:

*Ejemplo: "Ahora practicaremos como identificar y modificar esos pensamientos que nos hacen sentirnos tristes o ansiosos. Como hemos visto, los pensamientos que nos hacen sentir mal son pensamientos ilógicos, sin sentido, exagerados y rígidos. Los pensamientos depresivos son ideas negativas de uno mismo el mundo y el futuro, y los pensamientos ansiosos son ideas de peligros o amenazas en el futuro (Y si... y algo terrible sucederá). Para empezar a identificarlos debemos estar alerta de ellos. Generalmente estos pensamientos "pasan rápidamente por nuestra cabeza", son automáticos, porque ya los tenemos muy aprendidos y son un hábito. Para modificar estos pensamientos negativos y poder controlar nuestras emociones negativas, **primero tenemos que hacernos expertos en identificarlos o detectarlos.** Así que primero practicaremos el AUTO REGISTRO de pensamientos, que no es más que darnos cuenta de qué pensamos cuando nos sentimos mal, y anotarlo en una hoja como esta (entrega hoja de auto registro de Manual del usuario, y hace el siguiente esquema en el pizarrón):*

<i>Situación</i>	<i>Emociones</i>	<i>Pensamientos ilógicos y automáticos</i>	<i>Evidencia a favor del pensamiento</i>	<i>Evidencia que no apoya el pensamiento</i>	<i>Pensamientos alternativos y equilibrados</i>	<i>Nueva valoración de emociones</i>

"Como pueden observar, primero se anota la situación en la que uno se encuentra cuando experimenta una emoción negativa que desea controlar (como tristeza o ansiedad), después registra esa emoción, anotando también su intensidad (de 0 a 100%), y luego se escriben los pensamientos rápidos, negativos e ilógicos que nos hemos dado cuenta que pasan por nuestra cabeza. Hasta aquí es la primera parte del proceso de modificar los pensamientos negativos: la identificación de pensamientos irracionales y automáticos. Vamos a poner un ejemplo con estas tres primeras columnas de la tabla y después les enseñaré a completar las otras columnas y así a modificar esas ideas negativas que los hacen sentir tristes o ansiosos".

c) El facilitador pide al grupo un ejemplo, o utiliza el ejemplo anterior (para explicar modelo ABC) y llena las tres primeras columnas del pizarrón. Para ello lee en voz alta, - junto con los participantes-, las preguntas sugeridas para completar la tabla, que vienen anotadas en cada columna de la hoja del manual para usuarios.

Las preguntas que nos ayudan a identificar las situaciones, emociones y pensamientos ilógicos y automáticos se presentan en las tres primeras columnas del siguiente esquema:

<b>Situación</b>	<b>Emociones</b>	<b>Pensamientos ilógicos y automáticos</b>	<b>Evidencia a favor del pensamiento</b>	<b>Evidencia que no apoya el pensamiento</b>	<b>Pensamientos alternativos y equilibrados</b>	<b>Nueva valoración de emociones</b>
¿Quién? ¿Qué? ¿Cuándo? ¿Dónde?	¿Qué sentías? ¿Con que intensidad (0-100%)?	¿Qué estaba pasando por mi mente justo antes de empezar a sentirme de esta forma? ¿Qué imágenes o recuerdos tengo de esta situación?	¿Qué hechos o datos reales apoyan este pensamiento o conclusión? (Evitar la interpretación de los hechos)	¿He tenido alguna experiencia que muestre que este pensamiento no es siempre cierto? ¿Si mi mejor amiga, hijo(a) o esposo tuviera este pensamiento, qué le diría? ¿Qué es lo que pienso de esta situación cuando no estoy sintiéndome de esta forma? ¿Hay algo que contradiga	¿Hay alguna forma alternativa o diferente de pensar acerca de la situación? Si lo que pienso es verdad, ¿Cuál es la peor consecuencia, y cuál es el resultado más realista? ¿Puede alguien de	¿Qué siento ahora que pienso de forma distinta? ¿Con que intensidad (0-100%)?

				<i>mis pensamientos?</i> <i>¿Estoy culpándome a mi mismo por algo de lo cual no tengo el control?</i> <i>¿Estoy anticipando cosas que es poco probable que sucedan?</i>	<i>mi confianza</i> <i>interpretar de otra forma esta situación, cómo?</i>	
--	--	--	--	---	---	--

d) El facilitador explica a los usuarios que, una vez que se han identificado o detectado los pensamientos ilógicos o irracionales y automáticos, el siguiente paso es modificarlos.

La modificación de los pensamientos se hace de la siguiente manera: a) se identifican los pensamientos, b) se analiza la evidencia o hechos concretos que apoyan ese pensamiento o conclusión, c) se analiza la evidencia en contra de ese pensamiento conclusión, d) se generan pensamientos alternativos, racionales, lógicos, y e) se vuelve a valorar el estado emocional en el que uno se encuentra pensando de forma racional. Esto último para constatar que el pensamiento racional nos conduce a emociones menos desagradables que el pensamiento irracional. En algunos casos las emociones cambiarán, y en otros (la mayoría) las emociones bajarán de intensidad. Esto es, pensar racionalmente no quita por completo la depresión o el miedo, pero si los convierte en una tristeza o preocupación manejable, tolerable, que no nos paraliza ni nos incomoda demasiado.

Las preguntas que nos ayudan a detectar evidencia a favor y en contra del pensamiento irracional, así como a generar pensamientos alternativos racionales y a valorar nuevamente las emociones, se encuentran descritas en las cuatro últimas columnas de la hoja del manual de usuarios y del esquema que se presenta anteriormente en este texto.

El facilitador continúa con el ejemplo, pidiendo a los usuarios que completen juntos las cuatro últimas columnas de la hoja de registro.

e) El facilitador concluye el ejercicio analizando con los usuarios las ventajas de un pensamiento racional y lógico, entre las que destaca por supuesto sentirse bien, o experimentar una emoción negativa de menor intensidad, manejable y tolerable.

***4. Entrega de "cuarta sesión" y tarea para casa: Identificación y modificación de ideas relacionadas con depresión y ansiedad, y auto registro.***

a) El facilitador entrega a los usuarios el apartado de "Cuarta sesión" del manual de usuarios y aclara que en este se encuentran copias de las hojas de registro que se utilizaron en la sesión, para que puedan seguir haciendo registros de situaciones y pensamientos relacionados con tristeza y ansiedad y registros de cambios de pensamiento irracionales por racionales. Es decir, continuarán haciendo en casa, todas las veces que sea posible, el ejercicio de identificación y modificación de pensamientos expuestos en la sesión.

De esta manera, la tarea para casa consistirá en hacer al menos un registro de pensamientos ante la emoción tristeza y al menos un registro ante la emoción ansiedad.

b) El facilitador recuerda a las participantes que además de este nuevo ejercicio de identificación y modificación de pensamientos, deben continuar practicando el auto reforzamiento, hacer actividades placenteras, la relajación y la respiración profunda que aprendieron y ensayaron en semanas anteriores.



## ***5. Fin de la sesión***

a) El facilitador toma lista de asistencia a la sesión.

b) El facilitador pide a todos los participantes aplaudir en señal de que la sesión ha concluido y todas han hecho un buen esfuerzo en la misma. Se despide, recuerda el día y hora de la próxima sesión, y se retira del lugar.

Ejemplo:

*"Felicidades, y hasta: \_\_\_\_\_ (Día de la próxima sesión), a las: \_\_\_\_\_ (horario de la próxima sesión), Gracias".*

## QUINTA SESION

·Objetivos: Repaso General, Solución de dudas, Cierre de terapia, despedida, segunda evaluación de síntomas de ansiedad y depresión.

·Actividades:

1. Revisión de tareas para casa.
2. Película o diapositivas de ejemplos de cogniciones relacionadas con la depresión y la ansiedad (10 minutos con ejemplo de ansiedad y 10 minutos con ejemplo de depresión, con espacios para análisis y discusión grupal)
3. Ejercicio estructurado completo: Auto reforzamiento, relajación, respiración, identificación y modificación de ideas relacionadas con la depresión y la ansiedad
4. Aplicación de inventarios de ansiedad y depresión, actitudes disfuncionales, pensamientos automáticos y calidad de vida.
5. Cierre y despedida.

·Material:

- \* 10 copias de la "Quinta sesión" del Manual de Usuarios.
- \* Pizarrón y gises o rota folios y plumones

·Procedimiento:

**1. Revisión de tareas para casa.**

El facilitador solicita la tarea para casa, y resuelve las dudas de los usuarios.

La tarea para casa consistió en hacer al menos un registro de pensamientos ante la emoción tristeza, y al menos uno más ante la emoción ansiedad.

***2. Película o diapositivas de ejemplos de cogniciones y conductas relacionadas con la depresión y la ansiedad (10 minutos con ejemplo de ansiedad, y 10 minutos con ejemplo de depresión, con espacios para análisis y discusión grupal)***

En este espacio para análisis y discusión grupal, el facilitador recuerda a los usuarios los problemas conductuales y de pensamiento relacionado con la depresión y la ansiedad que se han visto a lo largo de las sesiones.

En términos generales, el problema **conductual** de la depresión es:

- 1) No hacer o dejar de hacer conductas placenteras o que impliquen logros.
- 2) No recibir premios o refuerzos propios o de los demás por realizar conductas adecuadas.

Por esa razón es que en la primera sesión se enseñó a los usuarios a auto premiarse o auto reforzarse y se les motivó a hacer cosas que impliquen placer o logro personal.

El problema de **pensamiento** relacionado con la depresión es:

- 1) Pensar de forma negativa, ilógica, irracional, demandante y automática acerca de uno mismo, el mundo y el futuro.
- 2) Generalmente las personas deprimidas tienden a culparse de todo lo que sucede (al revés del enojón, que generalmente culpa a los demás por lo que

sucede), a cuestionar su propia valía personal ante los errores (“No valgo”) y a percibir el mundo y el futuro de forma negativa.

Por eso es necesario que aprendamos a modificar pensamientos ilógicos en donde nos demandamos, culpamos y exigimos exageradamente a nosotros mismos, el mundo y el futuro. Un pensamiento racional disminuirá la intensidad de la depresión, hasta hacernos sentir una tristeza manejable o incluso otra emoción, como la tranquilidad.

El problema **conductual** de la ansiedad es:

- 1) No tener habilidades para relajarnos cuando nos sentimos preocupados, ansiosos, tensos o estresados.

Por esta razón aprendimos a relajarnos muscularmente y a respirar profundamente. Una vez que estas habilidades se vuelven un hábito podemos relajarnos prácticamente de inmediato que nos sentimos ansiosos o tensos.

Finalmente, el problema de **pensamiento** de la ansiedad es:

- 1) Tener ideas que anticipen eventos futuros que serán catastróficos, intolerables, horribles. Es percibir una amenaza no existente en realidad. Como percibimos una amenaza (aunque no exista) reaccionamos físicamente como si tuviéramos que escapar o atacar (igual que la reacción física que provoca el miedo ante una amenaza real a la supervivencia propia).
- 2) Generalmente los pensamientos ansiosos nos los decimos a nosotros mismos de la siguiente manera: “Y si...” (...pasara algo que trajera consecuencias catastróficas que no se pudiera tolerar).

Por eso es necesario que aprendamos a modificar pensamientos ilógicos acerca de la posibilidad de que ocurra algo catastrófico en el futuro. Este pensamiento no ayuda a resolver lo que pueda pasar, más bien nos paraliza porque produce una gran ansiedad. Un pensamiento racional disminuirá la ansiedad hasta hacerla manejable, útil para hacer algo que prevenga los peligros o amenazas. No debemos confundir la anticipación racional de problemas, peligros o amenazas, ante la cual el ser humano puede hacer algo para modificar el medio ambiente y evitar conflictos posteriores. Esto no tiene nada que ver con el "Y si..." catastrófico de la ansiedad. La ansiedad en extremo no nos ayuda a actuar de forma efectiva para afrontar peligros o amenazas. La ansiedad es producto de un pensamiento ilógico, irracional y no de la anticipación racional y lógica de los peligros, problemas o amenazas.

<b>IMPORTANTE:</b> El facilitador debe dar un tiempo de descanso a las participantes aproximadamente a la mitad de la sesión.
---

### ***3. Ejercicio estructurado completo: Auto reforzamiento, relajación, respiración, identificación y modificación de ideas relacionadas con la depresión y la ansiedad***

a) El facilitador anuncia a los usuarios que harán un ejercicio para "repasar" todas las habilidades que han aprendido.

b) El facilitador solicita a las participantes que comuniquen al grupo qué actividades placenteras o de logro realizaron, que conductas se reforzaron y con qué premios, y que señalen cómo les hizo sentir esto. Finalmente les solicita que propongan al menos una actividad placentera o de logro, una conducta a reforzar y un premio, que seguirán aplicando en su vida diaria.

c) El facilitador y los usuarios llevan a cabo el ejercicio de relajación y respiración profunda que viene descrito detalladamente en el apartado de tercera sesión del

presente texto, y en el manual de usuarios. Cabe señalar que el facilitador en esta ocasión no habrá de dar la información y explicaciones detalladas que dio en la segunda sesión. En esta ocasión solo dará las instrucciones para relajarse y respirar profundamente.

d) Finalmente el facilitador invitará a las participantes a completar una hoja de registro con un ejemplo de depresión y/o ansiedad que sugiera el grupo. Las participantes pueden utilizar una de las hojas de registro del manual de usuarios, y el facilitador completará la información en el esquema que dibuje previamente en el pizarrón. Este esquema se ilustra en la cuarta sesión del presente texto.

#### ***4. Aplicación de inventarios de ansiedad y depresión, actitudes disfuncionales, pensamientos automáticos y calidad de vida.***

El facilitador solicita a los usuarios que se sienten lo más separados unos de otros, les entrega un lápiz y los inventarios de ansiedad y depresión, actitudes disfuncionales, pensamientos automáticos y calidad de vida, y les pide que los completen, recordándoles que toda la información que proporcionan es estrictamente confidencial (secreta) y para fines de investigación.

El facilitador puede recordar a los usuarios la importancia de la evaluación de los síntomas de ansiedad y depresión, así como las actitudes disfuncionales y los pensamientos automáticos, para determinar la eficacia de este tipo de intervenciones en la calidad de vida.

**IMPORTANTE:** El facilitador y los usuarios acuerdan el día, hora y lugar de una próxima reunión, aproximadamente al mes y a los tres meses, para la última evaluación de síntomas de ansiedad y depresión y los demás inventarios completados en esta sesión. El facilitador debe motivar a los usuarios a asistir a esta sesión de evaluación, explicando su utilidad para poder determinar si la intervención fue efectiva para lograr las metas para los que fue diseñada.

## ***5. Cierre y despedida***

Al finalizar la sesión el facilitador toma lista de asistencia a la sesión, y solicita a todos los participantes aplaudir en señal de que la sesión ha concluido y todos han hecho un buen esfuerzo a lo largo de las cinco sesiones de trabajo. Y se despide agradeciendo a los usuarios su participación.

# Manual de Terapia Cognitivo Conductual Breve y Grupal para la prevención y tratamiento de depresión y ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica

## Manual para el usuario



Adaptación del "Manual de Terapia Cognitivo Conductual Breve y Grupal para la prevención y tratamiento de depresión y ansiedad", con autorización de la **Dra. Rebeca Robles García**. Instituto Nacional de Psiquiatría "Juan Ramón De la Fuente "

También, se ha incluido y adaptado material del manual de: Muñoz, R. F., Ghosh Ippen, C., Rao, S., Le, H-L, & Dwyer, E. V. (2000). Manual de Terapia de Grupo para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de la Depresión: Aprendiendo a Manejar su Realidad Personal. (Manual para el Participante). University of California, San Francisco, Department of Psychiatry, San Francisco General Hospital, 1001 Potrero Avenue, Suite 7M, San Francisco, CA 94110. Email: munoz@itsa.ucsf.edu.

**Por: M. en C.S. Abel Lerma Talamantes**  
***Estudiante del Doctorado en Ciencias de la***  
***Salud. Facultad de Medicina. México, Sep 2010***  
***Universidad Nacional Autónoma de México***



## Presentación

Este manual es una herramienta muy importante para apoyar la intervención en la que estas participando para aprender a controlar tus emociones de tristeza y ansiedad. En este manual encontrarás un resumen de los conceptos más importantes que se revisarán en cada sesión, así como ejercicios complementarios que te ayudarán a desarrollar las habilidades que necesitas para controlar las emociones negativas.

### *¿Cómo se usa este manual?*

El manual está dividido en cinco partes, que corresponden a cada una de las sesiones de la intervención. Así podrás ir revisando cada parte conforme avance la intervención, sesión por sesión.

En cada una de las sesiones encontrarás: 1) los objetivos de la sesión, 2) las actividades programadas para la sesión, 3) el resumen de la información que te proporcionará el facilitador, 4) y el material necesario para llevar a cabo los ejercicios y tareas para casa que te solicitará el facilitador.

Este manual es una guía que debes completar con la ayuda de un facilitador. A este facilitador podrás preguntarle todas las dudas y expresarle cualquier opinión que tengas.

En este manual encontrarás  
una guía paso a paso para  
aprender a controlar y  
disminuir la tristeza y la  
ansiedad



□ **Objetivo:** Encuadre, descripción y solución de expectativas de la intervención y evaluación de síntomas de ansiedad y depresión, actitudes disfuncionales, pensamientos automáticos y calidad de vida.

□ **Actividades:**

1. Presentación del grupo y del terapeuta
2. Exposición de objetivos y procedimientos de la intervención (descripción de intervención, solución de dudas y expectativas)
3. Exposición de reglas de trabajo grupal
4. Aplicación de inventarios de ansiedad y depresión, actitudes disfuncionales, pensamientos automáticos y calidad de vida.
5. Entrega de apartado de “Primera sesión” de Manual de usuario”
6. Tarea para casa
7. Fin de sesión

## Definición de la Intervención

A continuación te presentamos un resumen de la información que te proporcionó el facilitador acerca de la intervención en la que participarás:

□ **Número de sesiones:** 5 (dos horas cada una) con intermedio de 15 minutos en cada sesión, para descanso.

□ **Tipo de intervención:** grupal (4-8 personas), breve y estructurada (manual para terapeuta y para usuarios).

□ **Objetivo:** Disminución de síntomas de depresión y ansiedad al final de la intervención y tres meses después.

□ **Evaluación de resultados:** Se te solicitará que completes varios cuestionarios, llamados: Inventarios ansiedad y depresión, actitudes disfuncionales, pensamientos automáticos y calidad de vida, para poder conocer los síntomas de depresión y ansiedad, así como las actitudes y pensamientos que presentas antes, después y a los tres meses de la intervención.

□ **Técnicas principales:** Los nombres de las técnicas que van a enseñarte en las sesiones son: Auto reforzamiento, Entrenamiento en relajación y respiración, Identificación y modificación de ideas irracionales relacionadas con depresión y ansiedad con base en auto registro y debate racional, y tareas para casa. A continuación se presenta una descripción de cada una de las técnicas:

## Auto-reforzamiento: Un auto-premio bien merecido

- El auto-reforzamiento se define como: Brindarse a sí mismo **una consecuencia positiva por una conducta o actividad** que ha llevado a cabo.
- La consecuencia positiva, premio o reforzador puede variar de persona a persona.
- Cada quien habrá de **seleccionar** con anterioridad el premio que se dará cuando realice una conducta o actividad.
- Es importante que el premio se dé **INMEDIATAMENTE** después de la conducta o actividad realizada y **CONTINGENTE** a la conducta o actividad en cuestión (es decir: **SOLO** se dará ante esa conducta y no ante ninguna otra).
- Esta técnica es útil para lograr **refuerzo a conductas o actividades difíciles pero necesarias de realizar** por las personas.
- Cuando las personas son poco premiadas por su ambiente, pueden premiarse a sí mismas. **Esta es una habilidad importante de aprender** para aliviar y prevenir la tristeza y/o depresión.

## Entrenamiento en Relajación: Cuerpo y mente relajados en minutos

---

- El entrenamiento en relajación es una “clase” en donde se enseña a los participantes a relajar TODOS los músculos de su cuerpo.
- Este entrenamiento es útil para disminuir la ansiedad.
- En términos generales, el entrenamiento consiste en tensar y distender cada par de músculos del cuerpo, de pies a cabeza.
- Es importante que lo que se aprenda en la sesión de entrenamiento se practique todos los días, muchas veces, para que después, uno pueda relajarse en unos cuantos minutos.

## • Entrenamiento en Respiración: Oxígeno y bienestar a cuerpo y mente

---

- El Entrenamiento en Respiración es una “clase” en donde las participantes reaprender como respirar profundamente. Cuando somos bebés respiramos con el diafragma, proporcionando a nuestro cuerpo el oxígeno necesario y expulsando los tóxicos del organismo. Sin embargo, cuando crecemos generalmente comenzamos a respirar de manera cortada. Con este entrenamiento reaprendemos la respiración diafragmática.
- Esto ha probado ser muy útil para lograr bienestar físico y psicológico en general y para reducir la tensión muscular y la ansiedad en particular.
- Es importante que las participantes ensayen diariamente la respiración profunda para lograr respirar de esta manera de forma habitual y para cuando se quiera relajarse y disminuir la ansiedad.

## • **Reestructuración Cognitiva: Pensar bien para sentirse bien**

---

- La reestructuración cognitiva es un conjunto de técnicas útiles para identificar y modificar los pensamientos, creencias, ideas, fantasías y/o imágenes que producen emociones negativas como la depresión y la ansiedad.
- Las técnicas principales son: el auto-monitoreo y auto-registro de situaciones, pensamientos y conductas relacionadas con la depresión y la ansiedad (observar, darse cuenta y anotar en un papel las situaciones, pensamientos y conductas relacionadas con la depresión y la ansiedad), el paro de pensamiento (para los pensamientos relacionados con la depresión y la ansiedad), y el debate racional (que es la discusión lógica dirigida a modificar los pensamientos irracionales que producen depresión y ansiedad, y sustituirlos por pensamientos racionales o lógicos).

## • **Tareas para casa: La práctica hace al maestro**

---

- Las tareas para casa son ejercicios que los participantes practican fuera de las sesiones del grupo. Estas tareas tienen la finalidad de lograr que los participantes desarrollen las habilidades que se enseñan en las sesiones.
- Es por medio de la práctica constante que se hace un hábito personal.
- Auto-reforzarse, relajarse, respirar profundamente y pensar racionalmente.
- Las tareas se describen detalladamente en cada apartado de las cinco sesiones del Manual para el facilitador y del Manual para los usuarios y el facilitador encargará la tarea de cada sesión y resolverá todas las dudas que tengan los participantes.

## ¿Qué es la **depresión** y la **ansiedad**?

A continuación se presenta un resumen del significado de **depresión** y **ansiedad** que te expusieron detalladamente en la sesión. Por favor, pregunta cualquier duda que tengas al facilitador.

### • **DEPRESIÓN: La enfermedad de la tristeza**

- Diferencia entre **depresión mayor** y **síntomas depresivos**.
- Depresión Mayor: 5% de la población general
- Síntomas depresivos: hasta el 20% de la población y más frecuente en mujeres.
- **Síntomas:** estado de ánimo deprimido, pérdida de interés en las actividades cotidianas, alteraciones del dormir (insomnio o hipersomnia), alteraciones en el apetito, problemas de concentración, pensamientos de muerte, ideación o intentos suicidas.
- El mejor tratamiento de la Depresión mayor es Psicoterapia **Cognitivo Conductual** + **medicamento antidepressivo**.
- La Psicoterapia Cognitivo Conductual puede ser efectiva para prevenir la depresión mayor y eliminar síntomas depresivos.

### **ANSIEDAD: UN MIEDO ILÓGICO**

- Diferencia entre **síntomas** y **trastornos** de ansiedad.
- **Trastornos de ansiedad:** 5% de la población general.
- **Síntomas de ansiedad:** Síntomas físicos (taquicardia, sudoración, etc) y psicológicos (sensación de temor ilógico, intenso y duradero)
- **Trastornos de ansiedad:** Trastorno de ansiedad generalizada, Trastorno de Pánico, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Fobia simple, Fobia Social, Trastorno por Estrés Postraumático.
- El tratamiento ideal de los trastornos de ansiedad es **Psicoterapia Cognitivo Conductual** + **medicamento**.
- La Técnicas de Terapia Cognitivo Conductual pueden ser útiles para prevenir trastornos de ansiedad y eliminar sintomatología ansiosa.

***Tus notas:*** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **Reglas de trabajo grupal**

En todos los grupos de trabajo, independientemente de que tengan o no un objetivo terapéutico como este grupo, es indispensable “tener reglas de trabajo” que aseguren el logro de sus objetivos.

Las reglas para el trabajo de este equipo de intervención son:

1. ***Asistencia puntual*** a todas las sesiones: Es muy importante que todos los participantes asistan puntualmente a las cinco sesiones. Esto permitirá llevar a cabo todas las actividades programadas para la sesión y así cubrir los objetivos de la misma.
2. ***Confidencialidad y apoyo grupal***: Los participantes y el facilitador habrán de apoyarse unos a otros, por lo que deberán evitar burlas y prestarán atención a los comentarios de los demás. Además, los participantes NO deberán comentar fuera de las sesiones, nada de lo que otros participantes comuniquen en las mismas, si ello pudiera afectarlos.
3. ***Participación equitativa***: Todos los participantes tiene derecho a manifestar sus dudas, opiniones y ejemplos. Por lo tanto nadie habrá de hacer una participación muy extensa que no permita participar a los demás. Todos podrán hablar en la sesión en periodos no mayores de 1 a 2 minutos por ocasión en cada participación.
4. ***Participación en los ejercicios prácticos y tareas para casa***: Todos los participantes llevarán a cabo los ejercicios de las sesiones y las tareas para casa. Solo así podrán aprender las habilidades necesarias para controlar sus emociones.



## Tarea para casa

La tarea para casa de la primera sesión es:

1. Lectura del apartado de "Primera sesión" del Manual de Usuarios, para reforzar la primera sesión y poder resolver las dudas que se presenten en la lectura en la próxima sesión.

2. Pensar y anotar: ¿Qué actividades, situaciones, personas y lugares se relacionan con mis sentimientos de tristeza o depresión?

---

---

3. Pensar y anotar: ¿Qué puedo hacer para sentirme menos triste o deprimido(a)?

---

---

4. Pensar y anotar: ¿Quién es la o el responsable de cómo me siento (triste o deprimido(a))?

---

---

---



## SEGUNDA SESION

- **Objetivo:** Los usuarios aprenderán la aplicación del auto reforzamiento.
  
- **Actividades:**
  1. Revisión de tarea para casa
  2. Exposición: Relación entre la depresión y la pérdida de reforzamiento (Película o diapositivas con ejemplo de 20 minutos)
  3. Identificación de reforzadores y conductas sujetas a auto reforzamiento.
  4. Ejercicio estructurado: "El procedimiento para auto reforzarme"
  5. Entrega de apartado de "segunda sesión"
  6. Tareas para casa: auto monitoreo de auto reforzamientos y cambios conductuales y emocionales.
  7. Fin de sesión

## DOS PASOS CONTRA LA DEPRESIÓN:

### **1. Hacer cosas placenteras o que impliquen logros para sentirnos mejor:**

Como hemos visto, algunas situaciones actividades nos ayudan a sentirnos mejor. Cuando hacemos cosas placenteras o que implican algún logro, aunque sea pequeño nos sentimos bien. Por eso, empezar a hacer cosas nuevas nos ayuda a dejar de sentirnos tristes y deprimidos.

*Ejemplos de actividades placenteras o que implican logros:*

1. Planear algo con lo que disfrutas
2. Salir a divertirse
3. Asistir a una reunión social
4. Practicar un deporte
5. Divertirse en casa
6. Hacer bien un trabajo
7. Cooperar con alguien en una tarea común
8. Iniciar una conversación
9. Hacer cumplidos o alabar a alguien
10. Mostrar afecto físico o amor

También vimos que en algunas situaciones, con algunas personas y en algunos lugares, tendemos a sentirnos más tristes o deprimidos y que esto es generalmente porque pensamos o hacemos algo que nos deprime. Pero también puede estar sucediendo lo siguiente: **NO SOMOS REFORZADOS POR LO QUE HACEMOS**, esto quiere decir que no somos premiados por nosotros mismos ni por los demás cuando hacemos cosas adecuadas y difíciles de hacer.

La solución a esta pérdida de refuerzo por parte de los demás no es dejar de hacer las cosas, si no premiarnos a nosotros mismos por hacerlas. A esta actividad de premiarse a sí mismo por hacer determinadas actividades se le conoce como **AUTOREFORZAMIENTO O AUTOPREMIO** y el día de hoy aprenderemos a auto premiarnos. Esto nos ayudará a prevenir y aliviar nuestros sentimientos de tristeza y depresión.

## 2. Auto premiarnos por conductas adecuadas

Anota aquí todas aquellas conductas adecuadas y difíciles de hacer que llevas a cabo y que no son reconocidas ni premiadas por los demás (hijos, esposo, amigas, padres, etc.) ni por ti mismo:

---

---

---

---

---

---

---

---

Anota aquí todas aquellas actividades o cosas con las que puedes premiarte a ti mismo por hacer esas cosas adecuadas y difíciles de hacer (que no son premiadas por los demás):

---

---

---

---

---

---

---

---

Recuerda que los premios son: CONSECUENCIAS POSITIVAS, GRATIFICANTES QUE SE DAN INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE HACER ALGO. Y que los auto-premios y las conductas **las escoge previamente cada persona**. Los auto premios pueden ser desde auto verbalizaciones positivas o “decirnos a nosotros mismos” algo agradable, como una felicitación por lo que hemos hecho, hasta darnos a nosotros mismos algo material que nos agrada mucho. Decirnos algo positivo es a veces un mejor premio

que darnos algo material y además no cuesta nada, solo hay que habituarnos a hacerlo.

Algunas de las *autoverbalizaciones* o cosas que nos podemos decir a nosotros mismos para sentirnos bien y para reforzar o premiar nuestras conductas son:

1. Me gusta la gente
2. Me siento bien
3. Le gusto a la gente
4. Me agradó hacer...
5. Soy una buena persona...
6. Tengo un buen auto control
7. Tengo consideración con los demás
8. Algún día recordaré los malos días y sonreiré
9. Mis experiencias me han preparado para el futuro
10. He trabajado bastante y ahora me ocupo también de divertirme

## **El procedimiento para auto reforzarme**

El proceso para auto reforzarnos por nuestras conductas o logros se compone básicamente de dos partes: 1) primero debemos aprender a reconocer nuestros logros, y 2) después aprender a premiarlos. En los siguientes ejercicios practicaremos estas habilidades. En el primer ejercicio, denominado: "Me siento orgulloso de..." practicamos la habilidad de reconocer nuestros logros. Solo así podremos después premiarnos por haber logrado algo. "Primero hay que reconocer lo que hacemos, para poder premiarnos después por hacerlo". En el segundo ejercicio practicamos la habilidad de auto reforzarnos o auto premiarnos por nuestros logros o conductas.

## *Tus notas:*

Me siento orgulloso de: \_\_\_\_\_

---

---

Entre las razones que explican la dificultad para hablar de los logros personales destaca el hecho de que nuestro medio ambiente, **la sociedad en general, nos enseña** a ser “modestos” acerca de los logros que tenemos, para no ser “presuntuosos”. En otras ocasiones la enseñanza ha sido incluso de una “autoexigencia desmedida” con la que nos hacemos incapaces de reconocer nuestros logros.

Además de aprender a reconocer nuestros logros, debemos aprender a premiarnos por ellos. En el siguiente ejercicio practicaremos esta habilidad de auto premiarnos ante conductas adecuadas o logros.

Es curioso, pero generalmente **aprendemos muy bien a auto rechazarnos por haber fracasado**, pero **no aprendemos a auto reforzarnos**, o auto premiarnos o al menos a elogiarnos cuando logramos algo, por insignificante que sea. Es necesario practicar esta habilidad de auto reforzamiento para poder sentirnos valiosos cuando hacemos cosas adecuadas. Esto previene y alivia la tristeza o depresión.

## *Tus notas:*

Me auto premio por: \_\_\_\_\_

---

---



# Tarea para casa

Las tareas para casa son:

a) Llevar a cabo actividades placenteras o que implican logros (aunque sea pequeños).

Anota esas actividades: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b) Identificar, auto premiarse y anotar las conductas "adecuadas" y "difíciles de hacer" que se hayan seleccionado. Anotar también los cambios emocionales que experimentas:

Conductas adecuadas: \_\_\_\_\_

Auto premio: \_\_\_\_\_

¿Cómo te sientes por hacer esa actividad y por auto premiarte?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Recuerda que **los auto-premios y las conductas las escoge previamente cada persona**. Los auto premios pueden ser desde auto verbalizaciones positivas o "decirnos a nosotros mismos" algo agradable, como una felicitación por lo que hemos hecho, hasta darnos a nosotros mismos algo material que nos agrade mucho.

Los auto premios **debes dártelos inmediatamente después de hacer las conductas y SOLO si haces esas conductas**. Es decir, no debes darte ese premio ante otra situación o conducta, SOLO si haces la conducta seleccionada.

**¡Felicidades por hacer cosas placenteras y por auto premiarte!**

## TERCERA SESION

□ **Objetivo:** Los usuarios aplicarán la relajación muscular y la respiración profunda para disminuir síntomas de ansiedad.

□ **Actividades:**

1. Revisión de tarea para casa.
2. Exposición y ejercicios estructurados de relajación de pares musculares
3. Exposición y ejercicios estructurados de Respiración profunda.
4. Entrega de "Tercera sesión" y tarea para casa: ensayo repetido de relajación y respiración ante la ansiedad y auto registro.
5. Fin de sesión

### Dos pasos contra la ansiedad:

## Relajación y respiración profunda

En esta sesión aprendiste dos cosas: 1) a relajarte, y 2) a respirar profundamente. Estas dos habilidades son muy útiles para controlar las emociones y disminuir la ansiedad y el estrés de la vida diaria. Así, todos los días, o al menos en esas ocasiones en que te sientas angustiado, ansioso, tenso o estresado, tendrás algo que hacer para reducir ese malestar emocional: relajarte y respirar adecuadamente.

Primero hicimos un ejercicio para aprender a relajarse y luego un ejercicio de respiración.

## Ejercicio de Relajación

Para relajar los músculos de tu cuerpo:

1. Siéntate en un sillón o silla cómodo(a)
2. Concentras tu atención en tu mano derecha y aprietas el puño derecho lo más fuerte que puedas.
3. Fíjate en la sensación de tensión que experimenta tu brazo derecho.
4. Después de unos 5 segundos suelta de golpe el puño (no poco a poco).
5. Ahora fíjate en la sensación de relajación de tu brazo derecho
6. Repite este ejercicio una vez más con tu brazo derecho: aprieta el puño de tu mano derecha muy fuerte durante cinco segundos y luego suelta de golpe para que se relaje.
7. Ahora haz lo mismo, dos veces, con tu brazo izquierdo
8. Continúa tensando y relajando dos veces cada uno de tus grupos musculares en el orden y con los ejercicios que aparecen en la siguiente tabla.
9. Al finalizar los ejercicios de todos los músculos se dedicarán 5 minutos a únicamente relajar. Para esto se repiten las instrucciones anteriores de relajación.

Grupos musculares	Ejercicios
Mano y antebrazo dominantes	Se aprieta el puño
Bíceps dominante	Se empuja el codo contra el brazo del sillón
Mano, antebrazo y bíceps no dominantes	Igual que el miembro dominante
Frente y cuero cabelludo	Se levantan las cejas tan alto como se pueda
Ojos y nariz	Se aprietan los ojos al tiempo que se arruga la nariz
Boca y mandíbulas	Se aprietan los dientes mientras se llevan las comisuras de la boca hacia las orejas. Se aprieta la boca hacia fuera. Se abre la boca.
Cuello	Se dobla hacia la derecha Se dobla hacia la izquierda Se dobla hacia delante Se dobla hacia atrás
Hombros, pecho y espalda	Se inspira profundamente manteniendo la respiración al tiempo que se llevan los hombros hacia atrás intentando que se junten los omóplatos.
Estómago	Se mete hacia adentro conteniendo la respiración. Se saca hacia fuera conteniendo la respiración.
Pierna y muslo derecho	Se intenta subir con fuerza la pierna sin despegar el pie del asiento (o suelo)
Pantorrilla	Se dobla el pie hacia arriba tirando con los dedos, sin despegar el talón del asiento (o suelo)
Pie derecho	Se estira la punta del pie y se doblan los dedos hacia adentro
Pierna, pantorrilla y pie izquierdo	Igual que el derecho
Secuencia completa de músculos	Sólo relajación



## Respiración profunda

Cuando somos bebés respiramos de una manera adecuada (respiración diafragmática): inhalamos mucho aire, hasta llenar nuestro cuerpo y luego lo soltamos todo (ilustrar con ejemplo). Sin embargo, poco a poco vamos aprendiendo a respirar de forma cortada, para que no se vean todos esos movimientos del estómago que se producen cuando respiramos profundamente. Por eso necesitamos reaprender a respirar adecuadamente, al menos en aquellos momentos en que queramos sentirnos tranquilos.

La respiración profunda nos ayuda a controlar la ansiedad, las preocupaciones o la angustia. Cada vez que te sientas ansioso podrás disminuir tu malestar haciendo estos ejercicios de respiración. Nuevamente, lo importante es que esta forma de respirar se vuelva un hábito y para eso es necesario que practiques muchas veces este ejercicio en tu casa y en diversas situaciones de tu vida diaria.

Para respirar profundamente:

1. Siéntete en un lugar cómodo y relájate.
2. Cierra tus ojos lentamente
3. **Inhala** (toma aire) **durante siete segundos**, mientras "inflas" tu estómago con ese aire. Si estás respirando adecuadamente tu estómago se infla como una bolsa cuando le soplan. Si estás respirando incorrectamente entonces subes los hombros y tu estómago permanece plano.
4. Ahora suelta lentamente el aire, **también en siete segundos**.
5. Repite el ejercicio en siete o diez ocasiones: Inhala, cuenta hasta siete, y exhala contando hasta siete.

Recuerda que **NO** tienes que hacer un gran esfuerzo para tomar aire, hazlo de manera tranquila y natural.

---

## Tarea para casa

La tarea para casa es:

a) Practicar el auto reforzamiento y hacer actividades placenteras o que impliquen logro.

Las tareas se van sumando. Es necesario que continúes practicando lo que aprendiste en la sesión pasada, más lo que aprendiste en esta sesión.

b) Repetir al menos una vez al día los ejercicios de relajación y respiración aprendidos en la sesión. Estos ejercicios están descritos detalladamente en este manual.

c) Hacer un registro de cada uno de los ejercicios.

En estos registros anotarás la hora del día, el grado de relajación (en una escala de 0 a 10 puntos) antes y después de la práctica, y los problemas encontrados durante los ejercicios (interrupciones, no concentración, dormirse, etc.)

Haz tus registros en las siguientes tablas. La primera de ellas es para que registres los ejercicios de **relajación muscular**, y la segunda para los de **respiración**.

Como podrás observar, las tablas tienen muchas filas para que continúes registrando los resultados de tu práctica en relajación y respiración a lo largo de toda la intervención. En esta ocasión no llenarás toda la tabla, porque sólo registrarás los ejercicios de esta semana, para que los revises en la próxima sesión con el facilitador. Sin embargo, continuarás haciendo estos ejercicios de relajación y respiración a lo largo de las siguientes semanas de la intervención, para lo que podrás ocupar las filas restantes de las tablas de registro.

**Tabla para registro de ejercicios de Relajación Muscular**

<b>Día de la semana</b>	<b>Hora del día</b>	<b>Grado de relajación antes de la relajación (en una escala de 0 a 10 puntos)</b>	<b>Grado de relajación después de la relajación (en una escala de 0 a 10 puntos)</b>	<b>Problemas y Observaciones</b>

**Tabla de registro de Ejercicios de Respiración.**

<b>Día de la semana</b>	<b>Hora del día</b>	<b>Grado de relajación antes de la respiración (en una escala de 0 a 10 puntos)</b>	<b>Grado de relajación después de la respiración (en una escala de 0 a 10 puntos)</b>	<b>Problemas y Observaciones</b>

---

## CUARTA SESION

□ **Objetivo:** Los usuarios identificarán y modificarán las ideas, pensamientos, percepciones y/o imágenes **relacionadas con depresión y ansiedad.**

□ **Actividades:**

1. Revisión de Tareas para casa
2. Explicación de Modelo **ABC**  
A= Acontecimiento, B= Creencia, C= Consecuencia (conducta, emoción y/o pensamiento).
3. Ejercicio estructurado de identificación y modificación de pensamientos relacionados con depresión y ansiedad.
4. Entrega de "cuarta sesión" y tarea para casa: Identificación y modificación de ideas relacionadas con depresión y ansiedad y auto registro.
5. Fin de sesión



Y ahora...

## Pensar bien para sentirnos bien

En esta sesión te enseñaron otra habilidad para controlar tus emociones negativas de tristeza y ansiedad: controlar tus pensamientos. Si aprendemos a pensar adecuadamente nos sentimos bien, y/o nuestras emociones desagradables no son muy intensas y podemos controlarlas.

Pensar bien es pensar de forma lógica, con sentido común, no confundirnos o “hacernos bolas” con pensamientos negativos que solo nos ocasionan malestar y no nos ayudan siquiera a resolver los problemas.

## **El modelo ABC**

Generalmente las personas creemos que son las cosas que nos pasan las que nos hacen sentir mal (tristeza o angustia), pero no es así. La mayoría de las veces las emociones intensas y desagradables son ocasionadas por algo que pensamos, más que por algo que nos sucede realmente: “Nos son las cosas que nos pasan las que nos afectan, sino lo que pensamos o interpretamos de ellas”.

**A= Acontecimiento, evento, situación o antecedente de una emoción (lo que pasa)**

**B= Creencia, pensamiento, idea o interpretación de la situación (lo que piensas)**

**C= Consecuencia emocional y conductual (lo que haces y lo que sientes)**

En este esquema vemos lo que generalmente nos sucede cuando sentimos algo: primero nos pasa algo (acontecimiento=A), luego interpretamos eso que pasa de alguna manera (creencia, pensamiento o ideas=B), y esa forma de interpretarlo hace que nos sintamos y/o que nos comportemos de alguna forma (consecuencia emocional y/o conductual=C).

Por ejemplo:

A (acontecimiento o situación)= Estoy esperando en casa a que pase una amiga a recogerme pero ella se ha retrasado. Quedó de llegar a las 5:00 y son las 5:30. Este es un hecho. Algunas personas sentirán angustia o ansiedad, otras quizás se sientas

tristes, y otras cuantas tranquilas. ¿De qué depende ese sentimiento?, ¿porqué unas se sentirán tristes, otras tranquilas y otras angustiadas? La respuesta es sencilla: Por lo que piensan. Por la forma en que cada quien interprete las cosas. Aquellas personas que se sienten angustiadas o ansiosas seguramente es porque habrán pensado algo así como: B= “Seguramente le ha pasado algo, un accidente o algo y por eso no puede llegar... Y yo qué podré hacer, no sé qué hacer... ¡qué angustia!”. Por otra parte, las mujeres que se sienten tristes ante esta situación, podrían estar pensando algo así como: B= “Seguro ya no me quiere y no le importo, a lo mejor quiere que entienda que no quiere que vaya con ella porque no se la pasa bien conmigo, se avergüenza de mi, soy una tonta por haber creído que quería ir conmigo”. Finalmente, si las personas piensan: B= “Ya falta poco para que llegue mi amiga, en lo que llega puedo ponerme a hacer algo atrasado, o descansar simplemente”.

Fíjate cómo son nuestros pensamientos los que determinan en buena medida como nos sentimos. La ventaja de esto es que podemos controlar nuestras emociones negativas al controlar nuestros pensamientos: Pensar bien para sentirse bien.

## PERO: ¿QUÉ “COSA” SON LOS PENSAMIENTOS?

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

**Recuerda:** Pensamientos son cosas que nos decimos a nosotros mismos. Algunos son correctos. Algunos son incorrectos. Algunos solamente representan una opinión. Escoge cuidadosamente lo que te dices a tí mismo(a). Hablando con otros podemos ver si ellos piensan lo mismo que uno o si tienen una opinión diferente.



## TU REALIDAD EXTERNA Y TU REALIDAD INTERNA

<b>Tu Realidad Externa</b>	<b>Realidad Interna</b>
<i>Los hechos: Las partes de tu realidad que otras personas pueden observar o que uno puede medir.</i>	<i>El mundo dentro de tu mente que otras personas no pueden observar.</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Las cosas que haces</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pensamientos</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Enfermedades que has padecido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Recuerdos</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cuánto dinero tienes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Creencias</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Número de personas quienes viven contigo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Expectativas</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Los sitios donde vives, trabajas y frecuentas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Como entendemos lo que nos pasó.</li> </ul>
<b>Punto principal:</b> Aunque tu realidad externa <i>puede parecer inalterable</i> , es posible cambiar partes de ella.	<b>Punto principal:</b> Tú puedes cambiar y manejar tu realidad interna.
<b>Ejemplos:</b> Tú puedes decidir cómo vas a pasar tu tiempo. Decides si vas a quedarte en la casa o si vas a pasear.	<b>Ejemplos:</b> Tú decides en qué parte de tu realidad vas a enfocarse.
<b>Estas son partes de tu realidad externa que puedes manejar.</b>	<b>Al cambiar tu realidad interna puedes cambiar los recuerdos, creencias, y expectativas que tendrás en el futuro.</b>
<b>Conclusión:</b> <i>Tú puedes hacer cambios en tu realidad externa para que sea lo más saludable posible.</i>	<b>Conclusión:</b> <i>Los cambios en tu realidad externa afectarán tu realidad interna. (y viceversa)</i>

**Recuerda:** Tus realidades externa e interna son importantes y son reales. Se afecta la una a la otra. Aunque no tenemos control completo sobre ellas, es importante reconocer que hay partes de cada una que sí podemos cambiar

## La Misma Situación, Pensamientos Diferentes



*“Fijense como son nuestros pensamientos los que determinan en buena medida como nos sentimos. La ventaja de esto es que así podemos controlar nuestras emociones negativas al controlar nuestros pensamientos: Pensar bien para sentirse bien”.*

### ***¿Qué es un pensamiento irracional y automático?***

Los pensamientos irracionales son pensamientos negativos, automáticos que nos ocasionan emociones intensas y negativas. Son cosas que nos decimos a nosotros mismos. Estos pensamientos son irracionales porque no son lógicos, por el contrario, son absurdos, pero creemos que son ciertos. Podemos distinguirlos porque generalmente se presentan en forma de comandos rígidos, imperativos, para lo que empleamos las palabras: *debo, debería, tengo, tendría, siempre, nunca, horrible, espantoso, terrible, bueno, y malo*. Palabras exageradas, porque podemos cambiarlas por palabras racionales, lógicas como: *quiero, prefiero, sería deseable, desagradable, adecuado e inadecuado*, respectivamente.

### ***¿Cuáles son los pensamientos irracionales y automáticos de una persona deprimida o triste?***

La depresión se caracteriza por un patrón de pensamiento: pensamientos negativos acerca de nosotros mismos (autocrítica), acerca del mundo (en general negativo), y acerca de nuestro futuro (desesperanza).

#### ***Los pensamientos negativos acerca de nosotros mismos:***

Ejemplo: *"Debo ser una inútil por todas aquellas cosas terribles que me han ocurrido", "No soy buena ni como madre ni como persona", "Si fuera una buena persona no me pasarían cosas tan malas como las que me pasan", "Yo probablemente no sea digna de ser respetada por los demás".*

Como podemos observar, la creencia básica que está por debajo de cada uno de estos pensamientos es: "Soy una inútil", o "no soy bueno".

### ***Los pensamientos negativos acerca del mundo:***

Ejemplo: *“Cuantas cosas que debería haber hecho no hice el sábado por andar descansando”, “Hay puras noticias horribles en los periódicos”.*

Cuando uno está deprimido generalmente observa o recuerda los aspectos negativos más intensamente que los positivos.

### ***Los pensamientos negativos acerca del futuro***

Cuando estamos deprimidos imaginamos que el futuro será totalmente negativo. Esta predicción o anticipación respecto a que acontecimientos saldrán negativamente se llama desesperanza. Anticipamos que una conversación saldrá mal, que una nueva relación no funcionará, o que un problema no se podrá solucionar. En la forma más extrema, la desesperanza puede llevar a pensamientos de suicidio.

Ejemplo: *“No seré buena para esto”, “La regaré en todo”, “No le gustaré a nadie”, “Nadie me va a querer”, “Nunca mejoraré”.*

Casi todas las personas que están deprimidas piensan de esta manera. Y por lo tanto, dejar de pensar así previene y alivia los sentimientos de tristeza y depresión.

### ***Pensamientos irracionales y automáticos relacionados con la ansiedad:***

El miedo RACIONAL o normal es una emoción que nos ayuda a sobrevivir, pues es una señal para que nuestro cuerpo se prepare para responder a un peligro o amenaza real. Pero cuando no hay peligro o amenaza real, el miedo es IRRACIONAL y el desgaste del cuerpo es innecesario. Este miedo IRRACIONAL es la ANSIEDAD y está ocasionada por nuestros pensamientos, no porque haya una amenaza o peligro real en el medio ambiente.

La ansiedad se acompaña de la percepción de que estamos en PELIGRO, o de que estamos de algún modo AMENAZADOS, o de que somos de alguna forma VULNERABLES. (Los síntomas físicos de la ansiedad nos preparan para responder al peligro o amenaza en la que pensamos que nos encontramos).

En términos generales, podemos percibir amenazas de tres tipos: 1) las amenazas físicas, cuando creemos que seremos herido físicamente, 2) la amenaza social, cuando creemos que seremos rechazados, humillados o avergonzados, y 3) la amenaza mental, cuando creemos que vamos a volvernos locos o a perder nuestras capacidades mentales.

Los pensamientos de ansiedad se orientan hacia el futuro y a menudo predicen peligro o catástrofes.

Los pensamientos de ansiedad generalmente empiezan con "Y si...", y finalizan con resultados de desastre. Con frecuencia, estos pensamientos van acompañados de imágenes de peligro.

### ***Ejercicio de identificación y modificación de pensamientos relacionados con la depresión y la ansiedad.***

Ahora practicaremos cómo identificar y modificar esos pensamientos que nos hacen sentirnos tristes o ansiosos. Como hemos visto, los pensamientos que nos hacen sentir mal son pensamientos ilógicos, sin sentido, exagerados y rígidos. Los pensamientos depresivos son ideas negativas de uno mismo, el mundo y el futuro, y los pensamientos ansiosos son ideas de peligros o amenazas en el futuro (Y si... y algo terrible sucederá). Para empezar a identificarlos debemos estar alerta de ellos. Generalmente estos pensamientos "pasan rápidamente por nuestra cabeza", son automáticos, porque ya los tenemos muy aprendidos, y son un hábito. Para modificar

estos pensamientos negativos y poder controlar nuestras emociones negativas, primero tenemos que hacernos expertos en identificarlos o detectarlos.

Así, primero practicaremos el AUTO REGISTRO de pensamiento, que no es más que darnos cuenta de qué pensamos cuando nos sentimos mal y anotarlos en la siguiente hoja de registro.

## HOJA DE AUTO REGISTRO DE PENSAMIENTOS

<i>Situación</i>	<i>Emociones</i>	<i>Pensamientos ilógicos y automáticos</i>	<i>Evidencia a favor del pensamiento</i>	<i>Evidencia que no apoya el pensamiento</i>	<i>Pensamientos alternativos y equilibrados</i>	<i>Nueva valoración de emociones</i>

Como puedes observar, primero se anota la situación en la que uno se encuentra cuando experimenta una emoción negativa que desea controlar (como tristeza o ansiedad), después registra esa emoción, anotando también su intensidad (de 0 a 100%), y luego se escriben los pensamientos rápidos, negativos e ilógicos que nos hemos dado cuenta que pasan por nuestra cabeza. Hasta aquí es la primera parte del

proceso de modificar los pensamientos negativos: la Identificación de pensamientos irracionales y automáticos.

Las preguntas que nos ayudan a identificar las situaciones, emociones y pensamientos ilógicos y automáticos se presentan en las tres primeras columnas del siguiente esquema:

<i>Situación</i>	<i>Emociones</i>	<i>Pensamientos ilógicos y automáticos</i>	<i>Evidencia a favor del pensamiento</i>	<i>Evidencia que no apoya el pensamiento</i>	<i>Pensamientos alternativos y equilibrados</i>	<i>Nueva valoración de emociones</i>
<i>¿Quién?</i> <i>¿Qué?</i> <i>¿Cuándo?</i> <i>¿Dónde?</i>	<i>¿Qué sentías?</i> <i>¿Con qué intensidad (0-100%)?</i>	<i>¿Qué estaba pasando por mi mente justo antes de empezar a sentirme de esta forma?</i> <i>¿Qué imágenes o recuerdos tengo de esta situación?</i>				

Nota: En la siguiente hoja se presentan las preguntas de las últimas cuatro columnas del esquema.

### ***Y ahora, la modificación de los pensamientos irracionales...***

Después de haber identificado los pensamientos irracionales, ilógicos y automáticos que nos ocasionan malestar, es necesario que los modifiquemos. Es decir, que los cambiemos por pensamientos lógicos o racionales que conducen a emociones fáciles de manejar.

La modificación de los pensamientos se hace de la siguiente manera: a) se identifican los pensamientos, b) se analiza la evidencia o hechos concretos que apoyan ese pensamiento o conclusión, c) se analiza la evidencia en contra de ese pensamiento conclusión, d) se generan pensamientos alternativos, racionales, lógicos, y e) se vuelve a valorar el estado emocional en el que uno se encuentra pensando de forma racional.



Las preguntas que nos ayudan a detectar evidencia a favor y en contra del pensamiento irracional, así como a generar pensamiento alternativos racionales y a valorar nuevamente las emociones, se encuentran descritas en las últimas cuatro columnas del siguiente esquema.

**HOJA DE AUTOREGISTRO DE PENSAMIENTOS**  
**PREGUNTAS ÚTILES PARA COMPLETAR EL REGISTRO**

<i>Situación</i>	<i>Emociones</i>	<i>Pensamientos ilógicos y automáticos</i>	<i>Evidencia a favor del pensamiento</i>	<i>Evidencia que no apoya el pensamiento</i>	<i>Pensamientos alternativos y equilibrados</i>	<i>Nueva valoración de emociones</i>
<i>¿Quién?</i> <i>¿Qué?</i> <i>¿Cuándo?</i> <i>¿Dónde?</i>	<i>¿Qué sentías?</i> <i>¿Con que intensidad (0-100%)?</i>	<i>¿Qué estaba pasando por mi mente justo antes de empezar a sentirme de esta forma?</i> <i>¿Qué imágenes o recuerdos tengo de esta situación?</i>	<i>¿Qué hechos o datos reales apoyan este pensamiento o conclusión? (Evitar la interpretación de los hechos)</i>	<i>¿He tenido alguna experiencia que muestre que este pensamiento no es siempre cierto?</i> <i>¿Si mi mejor amiga, hijo(a) o esposo tuviera este pensamiento, qué le diría?</i> <i>¿Qué es lo que pienso de esta situación cuando no estoy sintiéndome de esta forma?</i> <i>¿Hay algo que contradiga mis pensamientos?</i> <i>¿Estoy culpándome a mí mismo por algo de lo cual no tengo el control?</i> <i>¿Estoy anticipando cosas que es poco probable que sucedan?</i>	<i>¿Hay alguna forma alternativa o diferente de pensar acerca de la situación?</i> <i>Si lo que pienso es verdad, ¿Cuál es la peor consecuencia, y cuál es el resultado más realista?</i> <i>¿Puede alguien de mi confianza interpretar de otra forma esta situación?, ¿cómo?</i>	<i>¿Qué siento ahora que pienso de forma distinta?</i> <i>¿Con que intensidad (0-100%)?</i>

Observa que en algunos casos las emociones cambiarán, y en otros (la mayoría) las emociones bajarán de intensidad. Esto es, pensar racionalmente no quita por completo la depresión o el miedo, pero si los convierte en una tristeza o preocupación manejables, tolerables, que no nos paralizan ni nos incomodan demasiado.

---

## Tarea para casa

La tarea para casa es:

- a) Continúa practicando el auto reforzamiento o auto premio, hacer cosas que impliquen placer o logro, la relajación y la respiración.
  
- b) Hacer al menos un registro de pensamientos ante la emoción tristeza y uno ante la emoción ansiedad.

A continuación encontrarán un buen número de hojas de registro de pensamientos.

## QUINTA SESION

□ **Objetivos:** Repaso general, solución de dudas, cierre de terapia, despedida, segunda evaluación de síntomas de ansiedad y depresión, de pensamientos automáticos y actitudes disfuncionales.

□ **Actividades:**

1. Revisión de tareas para casa.
2. Película o diapositivas de ejemplos de cogniciones relacionadas con la depresión y la ansiedad (10 minutos con ejemplo de ansiedad, y 10 minutos con ejemplo de depresión, con espacios para análisis y discusión grupal)
3. Ejercicio estructurado completo: Auto reforzamiento, relajación, respiración, identificación y modificación de ideas relacionadas con la depresión y la ansiedad
4. Aplicación de inventarios de ansiedad y depresión, pensamientos automáticos y actitudes disfuncionales.
5. Cierre y despedida.

### Un Repaso General:

A lo largo de las sesiones de intervención revisamos los problemas de conducta y pensamiento relacionados con la depresión y la ansiedad.

En términos generales, el ***problema conductual de la depresión*** es:

- 1) No hacer o dejar de hacer conductas placenteras o que impliquen logros, y
- 2) No recibir premios o refuerzos propios o de los demás por realizar conductas adecuadas.

Por esa razón es que en la primera sesión aprendiste a auto premiarte o *auto reforzarte* y a *hacer cosas que impliquen placer o logro personal*.

El problema de *pensamiento relacionado con la depresión* es:

- 1) Pensar de forma negativa, ilógica, irracional, demandante y automática acerca de uno mismo, el mundo y el futuro.
- 2) Generalmente las personas **deprimidas** tienden a culparse de todo lo que sucede (al revés del enojón, que generalmente culpa a los demás por lo que sucede), a cuestionar su propia valía personal ante los errores (“No valgo”), y a percibir el mundo y el futuro de forma negativa.

Por eso es necesario que aprendamos a modificar pensamientos ilógicos en donde nos demandamos, culpamos y exigimos exageradamente a nosotros mismos, el mundo y el futuro.

Un pensamiento racional disminuirá la intensidad de la depresión, hasta hacernos sentir una tristeza manejable, o incluso otra emoción, como la tranquilidad.

El *problema conductual de la ansiedad* es:

- 1) No tener habilidades para relajarnos cuando nos sentimos preocupados, ansiosos, tensos o estresados.

Por esta razón aprendimos a relajarnos muscularmente y a respirar profundamente. Una vez que estas habilidades se vuelven un hábito podemos relajarnos prácticamente de inmediato que nos sentimos ansiosos o tensos.

Finalmente, el *problema de pensamiento de la ansiedad* es:

1) Tener ideas que anticipen eventos futuros que serán catastróficos, intolerables, horribles. Es percibir una amenaza no existente en realidad. Dado que percibimos una amenaza (aunque no exista) reaccionamos físicamente como si tuviéramos que escapar o atacar (igual que la reacción física que provoca el miedo ante una amenaza real a la supervivencia propia).

2) Generalmente los pensamientos ansiosos nos los decimos a nosotros mismos de la siguiente manera: "Y si..." (Pasara algo que trajera consecuencias catastróficas que no se pudiera tolerar)

Por eso es necesario que aprendamos a modificar pensamientos ilógicos acerca de la posibilidad de que ocurra algo catastrófico en el futuro. Este pensamiento no ayuda a resolver lo que pueda pasar, más bien nos paraliza porque produce una gran ansiedad. Un pensamiento racional disminuirá la ansiedad hasta hacerla manejable, útil para hacer algo que prevenga los peligros o amenazas. No debemos confundir la anticipación racional de problemas, peligros o amenazas, ante la cual el ser humano puede hacer algo para modificar el medio ambiente y evitar conflictos posteriores. Esto no tiene nada que ver con el "Y si..." catastrófico de la ansiedad. La ansiedad en extremo **no** nos ayuda a actuar de forma efectiva para afrontar peligros o amenazas. La ansiedad es producto de un pensamiento ilógico, irracional y no de la anticipación racional y lógica de los peligros, problemas o amenazas.

**¡MUCHAS GRACIAS POR  
PARTICIPAR EN ESTA INTERVENCIÓN!  
RECUERDA: La práctica hace al maestro...**

Continúa auto premiándote conductas adecuadas, haciendo cosas que te provoquen placer o que impliquen logro personal, relajándote y respirando profundamente cuando te sientas angustiado, y evitando pensamientos rígidos, pesimistas, demandantes y/o catastróficos: olvida los "debo", "tengo", "Y si...(algo catastrófico)", "nunca", "siempre", y cámbialos por "quiero", "prefiero", " puedo tolerarlo", "a veces"; No te culpes ni culpes a los demás; Nadie es "bueno" o "malo", sino que hace cosas "correctas o adecuadas" o "incorrectas o inadecuadas"; No confundas prevenir o anticipar con angustiarse innecesariamente por el futuro. Y SOBRE TODO, no pongas en tela de juicio TU VALIA PERSONAL ante ninguna circunstancia, TU VALES POR EL SOLO HECHO DE EXISTIR, aunque hagas cosas correctas o incorrectas, adecuadas o inadecuadas.

LIGAS PARA VER COSAS SOBRE ANSIEDAD,  
DEPRESIÓN Y PENSAMIENTO DISTORSIONADO.

[http://www.youtube.com/watch?v=lp2\\_\\_KAKpiQ](http://www.youtube.com/watch?v=lp2__KAKpiQ)  
Video sobre pensamientos distorsionados.

[http://www.youtube.com/watch?v=e4gxSQjOWDQ&  
feature=channel](http://www.youtube.com/watch?v=e4gxSQjOWDQ&feature=channel)

7 maneras para reducir la ansiedad.

[http://www.youtube.com/watch?v=i9LQqz02nbQ&  
feature=related](http://www.youtube.com/watch?v=i9LQqz02nbQ&feature=related)

Huyendo de la depresión

[http://www.youtube.com/watch?v=tVe4aknCDaA&  
feature=related](http://www.youtube.com/watch?v=tVe4aknCDaA&feature=related)

5 Formas de deshacerse de una adicción.

