



ESCUELA DE ENFERMERÍA DE ZAMORA,
A.C. INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE 8723



TESIS

**PRESENCIA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL PACIENTE
CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA ANTES Y DESPUÉS DE
INTERVENCIÓN TANATOLÓGICA.**

QUE PARA OBTENER TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

CÁZARES CACHO GABRIELA BERENICE. No. Cuenta 411525039

RUIZ MARTINEZ KAREN MARILYN. No. Cuenta 411525259

ASESOR DE TEMA:

LIC. PSIC. ANA LETICIA CEJA OCHOA

ASESOR METODOLÓGICO:

PED. JUAN MANUEL AGUIÑIGA RAMÍREZ

ZAMORA DE HIDALGO, MICHOACÁN. OCTUBRE 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



ESCUELA DE ENFERMERÍA DE ZAMORA,
A.C. INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE 8723



TESIS

**PRESENCIA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL PACIENTE
CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA ANTES Y DESPUÉS DE
INTERVENCIÓN TANATOLÓGICA.**

QUE PARA OBTENER TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

CÁZARES CACHO GABRIELA BERENICE. No. Cuenta 411525039

RUIZ MARTINEZ KAREN MARILYN. No. Cuenta 411525259

ASESOR DE TEMA:

LIC. PSIC. ANA LETICIA CEJA OCHOA

ASESOR METODOLÓGICO:

PED. JUAN MANUEL AGUIÑIGA RAMÍREZ

ZAMORA DE HIDALGO, MICHOACÁN. OCTUBRE 2015

AGRADECIMIENTOS

Para el término del presente trabajo, primeramente quiero agradecerle a Dios, porque el es principal que me ha ayudado a llegar a donde estoy ahora, sin el no sería nada y cumplir mis anhelos de terminar la carrera de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

A la Escuela de Enfermería de Zamora, A.C. Incorporada a la UNAM, junto con sus formadoras por haberme dado las herramientas necesarias y formarme como profesional LEO Madre Ignacio Escalera Mora y LEO Maria Elena Rodriguez.

A mi Asesor Metodológico el Médico Especialista Juan Manuel Aguiñiga Ramírez que estuvo con nosotros desde el inicio de este trabajo y nos apoyo en conocimientos, emocionalmente, en esfuerzo y dedicación para la elaboración y término de la tesis.

A nuestra asesora Psicologa y Tanatóloga Leticia Ceja Ochoa quien nos brindo los conocimientos necesarios para llevar a cabo una adecuada intervención tanatológica.

Finalmente y no menos importantes, si no todo lo contrario a mis padres y hermanos, sin ellos no hubiera podido tener la carrera que siempre quise, quien estuvieron paso a paso en mi formación profesional y en mi vida, en mis alegrías y tristezas, en mis triunfos y caídas, me apoyaron moralmente, económicamente, y sin su amor y ganas de verme realizado jamas hubiera podido ser lo que soy, y le agradezco a Dios por haberme dado la familia tan hermosa que tengo, mi Papa Alfonso, Mi Mama Lupita, Mis hermanos, Ponchito, Susy, Lupita y mi sobrino Jesus a quien les debo todo los amo! GABRIELA BERENICE CAZARES CACHO

Quiero darle gracias a todos aquellos que fueron y son parte importante en mi vida y que influyeron en mi formación humana y académica. Sin ustedes nada de esto hubiese sido posible, desde lo más profundo de mi ser les doy las gracias.

Ángeles sin alas, que mi vida llenaron de luz, ilusión y felicidad, dándome un motivo.

A Dios y a mis padres por darme la oportunidad de vivir, con todas mis facultades mentales y físicas, por hacerme ver que debo esforzarme, que vale la pena estar dispuesto a enfrentar cualquier cosa por cumplir lo que uno sueña y se propone.

A mi mamá, que es mi ejemplo a seguir, una maravillosa y hermosa mujer que día con día me enseña lo dura y hermosa que es la vida, que me cubre con sus sueños y llena de esperanza, mi corazón ansioso y temeroso por salir al mundo. ¡Te quiero mucho mamá!

A mis abuelitos, Dios los tenga en su gloria, gracias a ustedes mis padres están aquí conmigo y gracias a ellos aquí estoy compartiendo y aprendiendo con otros.

A FAFI la fundación y a mi universidad que me otorgaron una beca para pagar mis estudios.

Amigos míos de todas las etapas de mi vida, por mostrarme lo que es la amistad, el compartir momentos inolvidables junto a la segunda familia que nosotros escogimos, gracias por esos recuerdos que quedan en mi memoria y en mi corazón.

Profesores, asesores, personal administrativo y directivo, de todas las instituciones a las cuales he asistido, agradezco tan maravillosos momentos que pasé en mi trayectoria académica desde sus inicios con el jardín de niños hasta la licenciatura nivel universitario
KAREN MARILYN RUIZ MARTINEZ.

INDICE

Pasta o portadilla.	1
Agradecimientos.	3
Indice.	5
Introducción.	7
Resumen.	10
Planteamiento del problema.	11
Marco Teórico y de Referencia.	13
Objetivos.	53
Hipótesis.	54
Justificación.	55
Material y Métodos.	57
Diseño Metodológico.	58
Resultados.	63
Discusión y Conclusiones.	73
Recomendaciones y/o Sugerencias.	76
Anexos.	77
Glosario	93

Bibliografia	98
--------------------	----

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia renal crónica (IRC) consiste en una disminución progresiva y global de la función renal que alcanza un nivel inferior al 10% en la insuficiencia renal crónica terminal, estadio más grave de la enfermedad renal, durante el cual se hace necesaria para la supervivencia, la implementación de un tratamiento sustitutivo de la función renal mediante trasplante o diálisis (peritoneal continua o hemodiálisis).

El tratamiento de hemodiálisis (HD) consiste en dializar la sangre a través de una máquina: se hace circular la sangre desde una arteria del paciente hacia el filtro de diálisis o dializador en el que las sustancias tóxicas de la sangre se difunden en el líquido de diálisis; la sangre libre de toxinas vuelve luego al organismo a través de una vena canulada.

La HD es un proceso lento que se realiza conectando el enfermo a una máquina durante aproximadamente 4 horas, 2 ó 3 veces por semana (Guyton & Hall, 1997). Estos pacientes suelen presentar diversos grados de alteraciones emocionales, tales como ansiedad y depresión, asociadas a la sintomatología orgánica, a las limitaciones impuestas por la IRC y al tratamiento de HD.

La intensidad de las reacciones emocionales varía de un paciente a otro dependiendo de la valoración cognitiva que realice del impacto de la enfermedad renal y la HD, sobre sus condiciones de vida; también se relaciona con las habilidades individuales para adaptarse a la condición de dependencia del programa de hemodiálisis (Álvarez, Fernández, Vázquez, Mon, Sánchez & Rebollo, 2001).

Por otro lado, el nivel de impacto de la IRC sobre la calidad de vida del individuo puede estar relacionado con patologías de base asociadas como lo serían, entre otras, la diabetes y la hipertensión arterial. Sandín y Chorot (1995) plantean que la ansiedad funciona

como una señal de alarma ante la percepción y evaluación subjetiva de una situación como amenazante. Puede actuar como respuesta adaptada al preparar al organismo para responder a las demandas de su entorno, o bien como respuesta desadaptativa al anticiparse a un peligro irreal. Spielberger (1972) diferenció la ansiedad en: ansiedad estado y ansiedad rasgo.

Definió la primera como un “estado emocional transitorio caracterizado por una percepción subjetiva de sentimientos de aprensión, temor, preocupación y una alta activación del sistema nervioso autónomo”. Por otro lado, describió la ansiedad rasgo como una predisposición individual a percibir las circunstancias ambientales como peligrosas y a responder, frecuentemente, con fuertes estados de ansiedad. Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) refirieron que las personas depresivas tienden a interpretar sus experiencias como pérdidas o fracasos y a evaluar los sucesos negativos como globales e irreversibles.

Esto da cuenta de la existencia de un sesgo sistemático en el procesamiento de la información, conducente a una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro (triada cognitiva negativa).

Si bien la tecnología ha logrado disminuir la mortalidad de los enfermos renales crónicos y mejorar el tratamiento sustitutivo de la función renal, la presencia de depresión y ansiedad en este tipo de pacientes aumenta los riesgos de suicidios, expresados en la no adherencia a la HD, incumplimiento de las restricciones dietéticas e intentos suicidas directos.

Varias investigaciones enfatizaron que la depresión en los pacientes renales crónicos se encuentra asociada a comportamientos de no adhesión al tratamiento médico, lo cual conduce a un deterioro en la calidad de vida, a una salud más pobre y a un aumento de los riesgos de mortalidad (De los Ríos, Ávila & Montes, 2005; Drayer et al., 2006; García et al., 2002; Kimmel & Peterson, 2006). Kurella, Kimmel, Young y Chertow (2005) concluyeron en su estudio que la depresión en pacientes renales aumenta en un 84% las probabilidades

de suicidio en comparación con la población general de EE.UU. Según la American Psychiatric Association [APA], “Las que comportan un mayor riesgo suicida son las enfermedades crónicas, incurables y dolorosas, como la insuficiencia renal terminal” (1994, pp. 375-376).

La función renal crónicamente alterada produce una serie de anormalidades como el síndrome urémico caracterizado por la presencia de los siguientes síntomas: letargo, anorexia, náuseas, vómitos, gastritis, cefaleas, fatiga, anemia, edema, hipertensión, entre otros. En este síndrome las concentraciones plasmáticas de urea y creatinina son elevadas, por esta razón los valores sanguíneos de estas sustancias son empleados para valorar el grado de severidad de la insuficiencia renal (Ganong, 2004; Guyton & Hall, 1997).

Muchos de los síntomas físicos asociados a la ansiedad y depresión son confundidos con la sintomatología de la IRC; debido a esto es importante realizar una evaluación integral que no sólo involucre un exhaustivo examen médico, sino también un diagnóstico psicológico a través del cual se intenta abordar esta problemática a través de la terapia tanatológica con el objetivo de brindarle a los pacientes distintas herramientas psicológicas para afrontar la enfermedad y su tratamiento (Atencio, Nucette, Colina, Sumalave, Gómez & Hinestroza, 2004).

El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto de la intervención tanatológica en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis.

RESUMEN

La intensidad de las reacciones emocionales varía de un paciente a otro dependiendo de la valoración cognitiva que realice del impacto de la enfermedad renal y la hemodiálisis sobre sus condiciones de vida; también se relaciona con las habilidades individuales para adaptarse a la condición de dependencia de dicho programa. Se analizó la presencia de ansiedad y depresión antes y después de una intervención tanatológica. En el presente estudio se contó con una muestra de 91 pacientes, a quienes se les aplicaron dos encuestas; Beck y Hamilton sucesivamente. La edad promedio fue de 51 años, con una desviación estándar de 18.3. En relación al género hay predominio del sexo masculino, En cuanto a la causa que generó la insuficiencia renal crónica, la primaria es complicación de la diabetes mellitus tipo 2. Al evaluar el impacto de la intervención tanatológica en la depresión de los pacientes con hemodiálisis mediante la prueba de Wilcoxon esta es positiva con una significancia menor de 0.05. El comportamiento con la ansiedad en pacientes con hemodiálisis evaluada mediante la prueba de Hamilton, la diferencia no es significativa. Con esta investigación se intentó contribuir al conocimiento de las problemáticas emocionales más frecuentes en personas que se enfrentan a una enfermedad terminal como la IRC. A partir de los resultados expuestos se plantea la necesidad de realizar estudios longitudinales e implementar terapias tanatológicas para poder observar como la ansiedad y la depresión influyen a largo plazo en la adaptación y adherencia al tratamiento de hemodiálisis.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años, se ha observado en los países desarrollados un progresivo incremento en la incidencia y prevalencia de la insuficiencia renal crónica, que requiere tratamiento sustitutivo renal. En el caso de nuestro país, la problemática en el subregistro también es manifiesta. En una encuesta nacional realizada en 1992 por el Instituto Mexicano del Seguro Social, que es la institución sobre la cual recae la mayor parte del peso de la IRC, se detectó una prevalencia de 200 pacientes por millón de habitantes y al contrastar con otra encuesta realizada por esta misma institución pero a población abierta arrojó una prevalencia mayor a 1000 pacientes por millón de habitantes. Cifra que es más confiable y se acerca a la prevalencia encontrada en población mexicana residente de Estados Unidos de América. (Radecki SE, 1994)

Este hecho convierte a esta enfermedad en un problema de salud pública de primer orden, dado la repercusión en la salud física y psicológica del paciente y el costo económico que suponen las terapias sustitutivas. En Latinoamérica, los estudios realizados están básicamente relacionados a datos de la última fase de la Insuficiencia Renal Crónica (Grado V, terminal), siendo la tasa de prevalencia muy variable dependiendo de cada país, en función del sistema de salud que rige la cobertura del tratamiento. Investigaciones epidemiológicas reconocen cifras verdaderamente alarmantes de prevalencia poblacional. (F., 2007)

En México la IRC es un problema importante de salud pública con una incidencia de aproximadamente 4 000 nuevos casos por año (Alonso, Sánchez, Vallejo y Ramos, 2005), cuyas principales causas parecen ser la diabetes mellitus (DM) y la hipertensión arterial sistémica (HAS) de acuerdo con informes del Instituto Mexicano del Seguro Social.

La IRC es una enfermedad que impacta y modifica la vida de los pacientes de forma irreversible llevándolos a depender durante años, del uso de diálisis; ya sea diálisis peritoneal continua o de hemodiálisis.

Por las características del tratamiento, su duración indefinida y el pronóstico insatisfactorio, la IRC supone para la persona que la padece, un aumento del impacto psicosocial, propio de las enfermedades crónicas, sobre todo, por el miedo a la muerte, miedo a los métodos de diálisis, la persistencia de síntomas físicos que no desaparecen con el tratamiento o como consecuencia del mismo. Además de la incertidumbre sobre las posibilidades de un trasplante renal, las limitaciones en la vida social y laboral, la restricción dietética, y la alteración de la autoimagen provocada por la deformidad local que produce el acceso a la vía vascular. Por todas estas razones, estos pacientes suelen presentar diversos grados de alteraciones afectivas, tales como ansiedad, estrés y depresión, asociadas a la sintomatología orgánica, a las limitaciones impuestas por la IRC.

MARCO TEÓRICO Y DE REFERENCIA

En los últimos años, se ha observado en los países desarrollados un progresivo incremento en la incidencia y prevalencia de la insuficiencia renal crónica (IRC), que requiere tratamiento sustitutivo renal. Este hecho convierte a esta enfermedad en un problema de salud pública de primer orden, dado la repercusión en la salud física y psicológica del paciente y el costo económico que suponen las terapias sustitutivas. En Latinoamérica, los estudios realizados están básicamente relacionados a datos de la última fase de la Insuficiencia Renal Crónica (Grado V, terminal), siendo la tasa de prevalencia muy variable dependiendo de cada país, en función del sistema de salud que rige la cobertura del tratamiento. Investigaciones epidemiológicas reconocen cifras verdaderamente alarmantes de prevalencia poblacional. (F., 2007)

En México la IRC es un problema importante de salud pública con una incidencia de aproximadamente 4 000 nuevos casos por año (Alonso, Sánchez, Vallejo y Ramos, 2005), cuyas principales causas parecen ser la Diabetes Mellitus (DM) y la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) de acuerdo con informes del Instituto Mexicano del Seguro Social. La diabetes es en sí misma una enfermedad crónica de amplias proporciones en México; entre 8 y 10% de la población mayor de 20 años padece la enfermedad, con una mayor proporción de casos en edades superiores a los 40 años (Alonso, 2005).

La depresión y la percepción de los efectos de la IRC son respuestas importantes a la experiencia de dicha enfermedad y pueden estar asociadas con la diferencia en la sobrevida (Kimmel PL. 2000).

La depresión es la condición psicopatológica más común entre los pacientes con enfermedad renal terminal o insuficiencia renal crónica (IRC), aun así es poco diagnosticada y pasa desapercibida (Chilcot J, 2008). La depresión puede ser tomada como una respuesta a la pérdida, sea esta real, anticipada o una fantasía. Aun cuando la

depresión es genéticamente predispuesta, la pérdida precipita un episodio depresivo.

Los pacientes con insuficiencia renal o que reciben algún tipo de terapia renal sustitutiva enfrentan o han pasado por muchas pérdidas, (Blumenfeld M, 2006) como ser su trabajo a tiempo completo, lo cual representa un problema de índole económico, la función renal normal, el rol en la familia, la función sexual, el tiempo, la movilización, todos estos influyen en la disminución de la calidad de vida del paciente y consecuentemente tiene un impacto negativo entre los que padecen esta enfermedad.

A esto le podemos agregar estresores que irán apareciendo como ser, los efectos de los medicamentos, las limitaciones dietéticas, el miedo a la muerte y la dependencia al tratamiento (Chilcot J, 2008).

Insuficiencia renal: Esta se refiere al daño temporal o permanente de los riñones que resulta en la pérdida de la función normal de los mismos. Existen dos tipos de Insuficiencia renal aguda, Una de inicio abrupto y potencialmente reversible y otra crónica; la cual progresa lentamente en al menos tres meses y puede terminar en IRC.

¿Qué es insuficiencia renal crónica? Es cuando los riñones fallan permanentemente en su función y el individuo necesita diálisis o trasplante ($TFG < 15 \text{ ml/min/1.73m}^2$ por ≥ 3 meses) (Guidelines).

Depresión: Período de al menos dos semanas durante el cual hay un estado de ánimo triste o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. El sujeto también debe experimentar al menos cuatro de los síntomas siguientes Cambios en el apetito o en el peso, en el sueño y en la actividad psicomotora, falta de energía; sentimientos de minusvalía, dificultad para concentrarse y pensamientos recurrentes de muerte o ideación o intentos suicidas (Aliño L, 2002).

Epidemiología

El número de pacientes con IRC ha aumentado de 10,000 en 1974 a 86,354 en 1983 hasta 472,099 en el 2004 (Chilcot J, 2008). Se estima que la depresión es la segunda enfermedad más frecuente en la práctica médica general según la Organización Mundial de la Salud (OMS), con prevalencia de 16.2%. Entre los pacientes con enfermedades médicas no psiquiátrica es una preocupación, ya que se encuentra en la mitad de los casos (Chilcot J, 2008).

Se ha reportado en la literatura prevalencia variable de depresión en pacientes con IRC en 20-100%, aunque las investigaciones se concentran más en la población que recibe hemodiálisis y sin incluir a los que reciben diálisis peritoneal. La prevalencia exacta aún se desconoce ya que se modifica según los estudios realizados. Se estima que la depresión entre pacientes con enfermedad médica no psiquiátrica oscila entre 15-61% (Martucci M, 1999).

Mortalidad

La depresión aumenta el riesgo de mortalidad, particularmente vía enfermedad cardiovascular (Wulsin LR, 1999). Esto es importante entre los pacientes con IRC ya que la causa más común de muerte es la enfermedad cardiovascular. Los efectos psicológicos y somáticos de la depresión pueden complicar el curso de esta enfermedad, reducir la calidad de vida, reducir la motivación del auto cuidado y aumentar las tasas de hospitalización. Se ha encontrado asociación entre depresión y el estado inmunológico y estado nutricional que también se asocian a mortalidad entre este grupo de pacientes.

Shulman & Cols investigaron la sobrevida a dos años en pacientes en hemodiálisis y encontraron que aquellos con un índice de depresión de Beck <14 tenían una sobrevida de 85%, mientras que aquellos con un índice de 25 o más tenían una sobrevida de 25% (Shulman R, 1989) (Chilcot J, 2008).

El suicidio contribuye a la tasa de mortalidad en este tipo de paciente. El riesgo suicida en episodio depresivo mayor se estima es de 3.4%, entre los pacientes en diálisis se estima un 0.2 de las muertes que ocurren por cada 1000 pacientes anuales, esto representa que el 84% de la población en diálisis tiene riesgo suicida en comparación con la población general. El 20% de los pacientes deciden retirarse de la diálisis y esto es considerado como un intento suicida, lo hacen por múltiples factores como ser la comorbilidad médica no psiquiátrica crónica, edad y raza (Chilcot J, 2008) (Kurella M, 2005).

Etiopatogenia

Se ha sugerido que la Interleucina 1 (IL-1), el factor de necrosis tumoral (FNT) y la IL-6; que son citoquinas proinflamatorias, son secretadas básicamente por los monolitos y funcionan como base para la respuesta inflamatoria en los pacientes que reciben hemodiálisis. Los niveles séricos de la IL-1 y el FNT, son más elevados en los pacientes en hemodiálisis que entre los individuos normales y la sobresecreción de estas citoquinas se ha descrito en casos de amiloidosis, desnutrición y aterogénesis así como también se ha sugerido una asociación entre esta sobresecreción en pacientes con IRC en hemodiálisis y depresión. Se ha reportado que estas citoquinas pueden ser sobre secretadas por el estrés y así producir depresión. Esto se apoya en que los antidepresivos reducen la secreción de citoquinas proinflamatoria tales como IL1, IL2 y FNT. Según Lee (Sang-Kyu L, 2004), después de la administración de antidepresivos por 8 semanas los niveles de IL1 disminuyeron considerablemente, pero la IL6 aumentó.

Estudios previos han demostrado que la IL6 disminuye después de cuatro semanas de tratamiento, considerándose la

actualmente como una citoquina pleiotrópica, con efecto tanto pro inflamatorio como antiinflamatorio; sugiriéndose también que su excreción es controlada en gran parte por el cortisol, que disminuye la IL6. Una hipótesis planteada sobre el estrés en los pacientes sometidos a hemodiálisis es la activación del eje hipotálamo-hipofisario, que conlleva un aumento de cortisol, esto mantiene a la IL6 en un nivel bajo, la estabilización del eje con los antidepresivos disminuirá el nivel de cortisol y después de esto puede aumentar la IL6 paradójicamente, la cual ejerce un efecto antiinflamatorio sobre la IL1 y el FNT (Sang-Kyu L, 2004).

La hospitalización con una enfermedad psiquiátrica es común entre la población de los Estados Unidos con enfermedad renal en fase terminal. La depresión, la demencia y los trastornos relacionados con drogas fueron especialmente comunes. Esta comorbilidad es un reto a los nefrólogos en el diagnóstico y el tratamiento (Kimmel PL, 1998).

El Psiquiatra debe consultarse para decidir cuáles pacientes con IRC tienen mayor posibilidad de adaptarse al estrés del tratamiento prolongado con hemodiálisis y para tratar a los que han desarrollado reacciones neuróticas (H, 1985). El éxito en el programa de hemodiálisis depende de la capacidad del sujeto para regresar a un estado de dependencia sin conflicto y de manera adaptativa. Esto permite que acepte la máquina de hemodiálisis y los caracteres del personal que lo trata, esté dispuesto a seguir instrucciones dietéticas y aceptar el dolor. Afirma también que los criterios habituales para juzgar el estado de salud y de psicopatología, no sirven como índices confiables al evaluar la capacidad del individuo para adaptarse a este procedimiento terapéutico.

Muchos pacientes seleccionados para hemodiálisis han demostrado tener impulsos coercitivos autodestructivos y se comportan de modo suicida 400 veces más que la población general. Esto se expresa por alejamiento del programa de tratamiento, falta de

adhesión a la dieta prescrita, intentos suicidas directo y exposición a numerosos accidentes extra hospitalarios (H, 1985).

Se describe que los pacientes en hemodiálisis que sobreviven más de dos años tienen sentimientos religiosos, cuentan con la ayuda de la continua presencia de uno o ambos padres y tienen una cifra menor de nitrógeno ureico en la sangre.

Utilizando el mecanismo de defensa de la negación, son capaces de soportar el sentimiento de culpa y aceptan mejor el tratamiento. En el Hospital General de Singapore, estudiaron los problemas psicológicos en 33 pacientes mantenidos en hemodiálisis. 8 (24%) con ansiedad y depresión moderada y 3 (9%) con depresión severa. Aunque sin relación significativa entre síntomas psiquiátricos y sexo o duración de la enfermedad, los jóvenes (menores de 37 años) exhibían pocos síntomas. 25 (89%) en la fase de aceptación de la enfermedad y 3 (9%) en la fase agresiva-depresiva. La fase de la reacción psicológica a la enfermedad no estuvo relacionada con sexo, edad o duración de la enfermedad (al., 1985).

En el tratamiento por hemodiálisis crónica, se reportan fatigabilidad y pérdida de la energía. La discapacidad funcional y la ansiedad no aumentan durante los primeros meses de tratamiento (N., 1997). Las dificultades de la concentración y la memoria son comunes y están asociadas a los factores emoción y personalidad, más que los factores neuropsicológicos médicos. Se reporta una incidencia significativamente mayor de trastornos psiquiátricos en pacientes sometidos a hemodiálisis (55%), en relación con pacientes ortopédicos (20%) y controles aparentemente sanos (0%).

Las alteraciones más frecuentes en hemodializados fueron episodios depresivos mayores (35%) y ansiedad generalizada (20%). Esta morbilidad fue más frecuente en pacientes con bajo nivel educacional y no mostró relación estadísticamente significativa con otras variables socio-demográficas. Almanza JJ y cols. (1995), señalan que la mayor sobrevida de pacientes con IRC, se acompaña

de una seria problemática psicológica, encabezada por la ocurrencia de depresión en 62-70% (Brickman AL, 1996).

Campo A (1998), opina que la prevalencia de depresión en pacientes en hemodiálisis es mayor que en la población general y puede estar relacionada con los cambios en el estilo de vida que supone el tratamiento. Utilizando la Escala de Hamilton para Depresión (HDS) y una entrevista estructurada encontró que el 16.7% cumplía los criterios para el diagnóstico de trastorno de adaptación con humor deprimido y el 37.5% para trastorno depresivo. No observó relación entre los trastornos depresivos y variables como edad, género, estado marital y tiempo de evolución de la enfermedad (A, 1998).

Coscarelli C (1990), estudió la influencia del sexo y condición social en los trastornos psicológicos relacionados con la hemodiálisis. La medida de la depresión y autopercepción representó el índice de ajuste. Se demostró que las personas de clase social baja tienen mayor riesgo y las mujeres se deprimen más que los hombres. Se destaca la ambivalencia del empleo como un factor que facilita la adaptación (C, 1990) Gudex, demostró la baja calidad de vida de los sujetos con IRC y la mayor frecuencia de depresión, ansiedad, dolor e incertidumbre sobre el futuro, en pacientes en diálisis (CM, 1995).

La enfermedad renal y la uremia están entre los principales trastornos sistémicos que producen depresión. Las enfermedades que comportan mayor riesgo suicida son las crónicas, incurables y dolorosas, entre ellas la insuficiencia renal terminal (American Psychiatric Association DSM IV. , 1995). Debido a que la depresión y la ansiedad son alteraciones psiquiátricas relacionadas con la IRC y en los sujetos que son incluidos en los programas de hemodiálisis, es importante investigar en estos pacientes estos dos trastornos, realizar un diagnóstico precoz e indicar el tratamiento adecuado, para mejorar sus condiciones generales y la aceptación del tratamiento.

Todo el proceso que recorren estos pacientes, desde las primeras molestias, hasta el diagnóstico definitivo y la puesta en

marcha del tratamiento sustitutivo renal, puede llevar a los pacientes a sufrir trastornos depresivos y ansiosos (García y Calvanese, 2007). A la ansiedad y la depresión que sufren algunos habría que añadir, como factor potenciador de estos síntomas, la dependencia al tratamiento, que es el que los mantiene con vida. El hecho de vivir a cuenta de una máquina para poder subsistir, unido a la dependencia del personal sanitario, las limitaciones en la dieta, los cambios de rol con los familiares, los recursos laborales o la ausencia de ellos, y el deterioro físico, entre otras muchas variables y factores, empobrecería su visión de futuro, pudiendo explicar, al menos en parte, la aparición de trastornos a nivel emocional, de estado de ánimo y afectivo en los pacientes sometidos a diálisis (Álvarez et al., 2001). Por ello, y aunque la prevalencia de la depresión en este tipo de pacientes no es totalmente conocida no hay lugar a dudas de que tanto la depresión como la ansiedad pueden influir en la adherencia al tratamiento y en la percepción de la calidad de vida de los enfermos (Smith, Hong y Robson, 2001; Levenson y Glochesky, 1991).

La depresión es una de las variables más estudiada en la población con IRC. Debido a ello, podría deducirse que es importante tenerla en cuenta en cualquier estudio con esta población.

En este mismo sentido, Alavi y colaboradores (2009) explican que la depresión tiene una prevalencia en pacientes sometidos a diálisis de entre el 25% y el 30%. Estos autores observan que, debido al tratamiento y los síntomas asociados al mismo, también se ven afectadas las actividades de la vida diaria.

Para Chih-Ken y colaboradores (2010), la depresión sería el mayor problema psicológico que presentan los pacientes en hemodiálisis, encontrando una prevalencia similar a la del estudio anterior.

En un estudio con muestra española, se comprobó que el 70% de la muestra de pacientes en hemodiálisis presentaban depresión. Además, esta depresión correlacionaba de manera muy directa con la

pobre percepción de su calidad de vida (Jofré, López, Moreno y Rodríguez, 1999).

En otra investigación más reciente que la anterior y también con muestra española, Vázquez y colaboradores (2004) encontraron que la Depresión era una de las pocas variables que podría explicar las bajas puntuaciones en un cuestionario que evalúa la percepción de la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis. En general, todos ellos observan un alto porcentaje de pacientes en hemodiálisis que sufren depresión, y cómo esta característica se encuentra en la base de otros problemas relacionados con la situación especial de esta población clínica. En este sentido, Cukor y colaboradores (2007) encuentran que el 42% de los sujetos diagnosticados de Depresión al inicio del tratamiento de hemodiálisis seguían padeciéndola 16 meses después, es decir, esta sintomatología se arrastraría a lo largo de todo el tratamiento. Por todo ello, como dicen Chinh-Ken y colaboradores (2010), “podría considerarse uno de los mayores problemas de estos”.

Otra variable que ha sido muy estudiada y que debemos tener en cuenta al trabajar con población que padece IRC es la Ansiedad.

Chih-Ken expone en un artículo de 2010 que la prevalencia de la Ansiedad en esta población de enfermos se situaría entre el 27% y el 46%. Al parecer, ésta podría llegar a perdurar durante los 16 meses siguientes al inicio del tratamiento, con una incidencia del 33% en este periodo del mismo (Cukor et al., 2008).

La Ansiedad en esta población de enfermos se ha asociado a una pobre calidad de vida, en referencia a los roles físicos, la percepción de la salud en general, el rol emocional y la función social, sobre todo en los sujetos que realizan hemodiálisis (Vázquez et al., 2005). Martin y Thompson (2001) realizaron una investigación con 72 pacientes, encontrando que el 39% de la muestra tenía puntuaciones considerables de Ansiedad que podrían explicar la baja puntuación en la variable calidad de vida.

En referencia a la ansiedad, también hay algunos estudios al respecto con muestra española, aunque todos ellos, básicamente, concluyen lo mismo que las investigaciones citadas con anterioridad. Así, Vázquez, y colaboradores (2004) midieron la variable Ansiedad-Rasgo y extrajeron, a modo de conclusión, que era una de las dos variables, junto con la depresión, que podría explicar las bajas puntuaciones en la Calidad de Vida, de tal manera que alrededor de un 60% de la muestra presentaba puntuaciones elevadas en este rasgo.

Es en la población que realiza el tratamiento de hemodiálisis donde más estudios hay sobre ansiedad. En este sentido, Bossola y colaboradores (2009) hablan de ansiedad en estos pacientes, observando que entre un 30% y un 60% de los mismos presenta sintomatología ansiosa. Otra investigación que compara a los sujetos sometidos a hemodiálisis con sujetos a los que se les ha trasplantado un riñón, encuentra puntuaciones más altas en las escalas de ansiedad en los sujetos sometidos a hemodiálisis (Alavi et al., 2009). Según Álvarez-Ude (2001) sólo el 15% de la muestra de pacientes sometidos a HD presentan valores normales de Ansiedad, hallando puntuaciones altas en ansiedad rasgo o estado en el resto de pacientes. Casi todos los estudios hablan de la presencia de depresión y ansiedad en la población que realiza HD, aunque con cifras muy variadas. Aun así, encontramos algunos, como el de Martin y Thompson (2001), en el que se concluye que la ansiedad podría explicar el 39% de la varianza total de la calidad de vida de pacientes en diálisis.

Investigaciones asocian directamente la ansiedad y la depresión de los sujetos sometidos a HD con las puntuaciones obtenidas en las escalas, tanto generales como específicas, de calidad de vida (Vázquez et al., 2005). Incluso en algún estudio, como el realizado por Chih-Ken y colaboradores (2010), encuentran una clara asociación entre ansiedad, depresión y mortalidad en la población de pacientes sometidos a HD.

En un estudio reciente de Guney y colaboradores (2010) encuentran que la depresión representa el mayor problema

psicológico para los pacientes de HD, y que tiene un gran impacto sobre la autopercepción. También hay que destacar los resultados que presentan Pérez y colaboradores (2005), los cuales afirman que, tras recibir el trasplante renal, disminuyen los síntomas relacionados con la enfermedad, el número de ingresos hospitalarios, el grado de incapacidad para trabajar, la irritabilidad y labilidad afectiva y, con ellas, la ansiedad y la depresión.

Todo esto podría conllevar un mejor funcionamiento en las áreas sexuales, sociales y laborales en estos pacientes. Con todo esto, la población de IRC sería susceptible a presentar alteraciones a nivel emocional y de estado de ánimo. Es por ello por lo que en este estudio se abordan las variables de depresión y ansiedad, con el fin de analizar a influencia que el tratamiento podría ejercer sobre los pacientes en dichas variables y viceversa. Además, sería necesario contemplar todos estos aspectos dentro de un plan de acción con el fin de implementar la eficacia del tratamiento, dicho plan abarcaría una intervención tanatológica holística.

TANATOLOGÍA; ASPECTOS LEGALES

La Tanatología concebida como disciplina profesional integra a la persona como un ser biológico, psicológico, social y espiritual para vivir en plenitud. Proporciona ayuda profesional al enfermo terminal y a sus familiares. Es una alternativa para revalorar la vida; descansa en el principio de la condición moral de cualquier individuo.

El cómo ayudar a las personas a resolver la muerte constituye una tarea ardua, y más aún donde la sociedad interfiere es necesario iniciar la educación en la infancia, ayudando a los niños a disminuir la ansiedad hacia la muerte y continuar con los jóvenes, adultos y los propios viejos.

La ideología de esta disciplina versa sobre los siguientes puntos:

- a) La muerte y el miedo a la muerte son fuente de muchos de los problemas humanos. Eliminar estos miedos es dar vida en plenitud, vida llena de calidad.
- b) El suicidio es un mal que se puede prevenir. En la mayoría de los casos, quienes tienen ideas suicidas prefieren recibir ayuda adecuada, en lugar de fabricarse su propia muerte.

La educación para la muerte tiene ciertos objetivos que vale la pena revisar entre ellos están ayudar a crear en las personas sistemas de creencias sobre la vida y la muerte, pero no en un sentido de fantasía enajenante, sino como una revelación íntima del sentido de la muerte, que presupone su aceptación como algo natural, tiene por objetivos preparar la gente para recibir la muerte propia y de las personas cercanas, enseñar a tratar de forma humana inteligente a quienes están cercanos a la muerte, entender la dinámica de la pena, desde el punto de vista muy humana, donde se acentuó la importancia de las oraciones más que cualquier otro aspecto de la psicología.

Testamento vital:

El testamento vital es un documento en el que una persona en ejercicio de su facultad pide se respeten sus deseos en cuanto al cuidado de su salud a futuro, la posición más frecuente de las personas se refiere a la no prolongación de la vida por medios extraordinarios.

La finalidad del testamento vital es rechazar el consentimiento informado de un tratamiento determinado, cuando el paciente no pueda tomar la decisión los objetivos de este documento son:

- a) Respetar el principio de autonomía, finalidad ética de las sociedades que se han determinado como democráticas y pluralistas.
- b) Dar respaldo al paciente sobre sus determinaciones y deseos para el final de la vida; así mismo es un medio jurídico, para que la ley otorgue la fuerza legal a lo decidido con antelación.

- c) Defender al profesional médico, (objetivos secundarios), cuya importancia va en aumento, ante los diferentes posiciones legales en casos específicos.

Este tipo de documentos busca la muerte digna de los pacientes que se encuentran bajo condiciones físicas o mentales, incurables o irreversibles y sin expectativas de curación ¿que implica la muerte digna?

- Calidad de vida
- Atención adecuada
- Ayuda para resolver problemas
- Morir rodeado de gente cariñosa
- No ser objeto de experimentación
- Respetar y darle gusto al paciente
- Presentarle opciones reales
- No dar expectativas falsas

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) existen una serie de derechos de los pacientes terminales:

- Vivir hasta un máximo potencial físico, emocional, psicológico, espiritual, ocupacional y social.
- Tener derecho a vivir en forma independiente y en estado de alerta.
- Tener derecho a aliviar sus sufrimientos físicos, emocionales, espirituales y sociales.
- Conocer todo lo concerniente a su enfermedad, su estado de salud, el diagnóstico y el pronóstico.

- Poder ser atendido por profesionales sensibles a sus necesidades y temores, competentes en su campo y seguros lo que hacen.
- Poder ser el eje principal de las decisiones que induraban a sus enunciados relacionados con la etapa final de su vida.
- Tener derecho a que no se prolongue el sufrimiento por tiempo indefinido, ni se apliquen medidas extremas y heroicas para sostener sus funciones vitales.
- Tener derecho a morir solo.
- Morir sin dolor y con dignidad.

La vida cobra sentido en cuanto se ve como un camino, morir es cambiar de estado y el bien morir puede ser entendido en términos de, desprenderse finalmente de todo lo material que nos confina en este mundo para facilitar el paso a la eternidad, entregar la existencia que nos fue dada, sin rencores ni arrepentimientos, sin culpa y sin dolor la presencia de la muerte nos pone frente a responsabilidades, que es la de hacer de la vida el sentido mismo de la existencia.

Enfrentar la muerte:

Kubler Foss, después de realizar una cantidad de estudios sobre enfermos terminales, dio a conocer la existencia de cuatro etapas de la muerte y la agonía, las cuales son:

- 1- Negación: cuando una persona se entera de que sufre una enfermedad mortal, su primera reacción es la negación, mecanismo de defensa que ante la evidencia nos hace decir “no puede ser ”, la persona busca otras opiniones, nuevas evidencias que demuestren el error, cambia el médico, pide nuevas pruebas.
- 2- Ira o enojo: cuando el enfermo ve la realidad se rebela contra ella, y se realiza la pregunta ¿Por qué yo? Que injusto es que

me toque a mi morir y quiere tener la vida de los demás, todo lo que ve le causa molestias, recordando su estado le inunda de enojo y rencor, esta fase se caracteriza por la negación de Dios.

- 3- Pacto o negociación: se asume la condición, pero aparece una etapa de tratar de negociar con el tiempo, es característico de las personas con cáncer de pulmón, que prometen ya no fumar más con tal de tener unos días más de vida.
- 4- Depresión: esta aparece cuando se adquiere conciencia de que todas las fases fracasan y que la enfermedad sigue su desarrollo, apareciendo dependencia total o parcial a ciertas actividades. El dolor físico o las hospitalizaciones continuas, los aspectos psicosociales, como la imposibilidad para trabajar, facilitan que se instale el cuadro depresivo.
- 5- Aceptación: es necesario el paso del tiempo para superar las etapas anteriores; muchas veces se ha tenido que aceptar y resolver problemas, las personas prefieren estar solas, se preparan para morir efectivamente, duermen mucho, renuncian a la vida en paz y armonía, no suele haber ni felicidad ni dolor.

ACTITUD ANTE LA MUERTE

El miedo a la muerte es la actitud más frecuente y dolorosa para la persona. Se dice que es universal e inseparable, ante un peligro real, en el caso de la muerte el peligro real es ella misma, en el mundo estimamos en gran medida ciertos valores y la muerte es considerada como un fracaso personal. Social y sobre todo en medicina.

El proceso de resolver el duelo puede percibirse en función de la interacción social, significado y restructuración de una nueva identidad. El duelo se puede definir como el estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce por la pérdida de una persona

y que se puede asociar a síntomas físicos y emocionales. Es una reacción emocional que se produce por una pérdida, es psicológicamente traumática, se requiere de un tiempo para restablecer el equilibrio normal, por tanto es una reacción de adaptación natural que se normaliza con el acompañamiento y soporte familiar.

Tipos de duelo:

- Anticipatorio: en caso de muertes anunciadas.
- Retardado: en aquellas personas que no tienen tiempo de ocuparse de sí mismas o escapan al dolor y a la realidad de la muerte del ser querido mediante una hiperactividad.
- No resuelto: dura meses o incluso años. Cualquier recuerdo o imagen puede desencadenarlo de nuevo.
- Crónico: que arrastra al doliente durante años, absorbido por los recuerdos, incapaz de reincorporarse a la vida normal.
- Patológico: caracterizado por un agotamiento nervioso, síntomas, hipocondriacos, identificación con el fallecido o dependencia de los fármacos o el alcohol. Requiere ayuda profesional.

El proceso de duelo, este se inicia de manera inmediata después de la pérdida de un ser querido. La duración varía de persona a persona y dependiendo del grado de impacto en el momento de la pérdida de la persona amada. En personas adultas mayores puede durar de 6 a 12 meses, tiempo que se considera normal, sin embargo; algunos autores han mencionado de estos 3 años para la resolución completa. No obstante hay personas que siguen percibiendo alteraciones toda la vida hasta su propia muerte (Carlos. DC, 2006).

DISEÑO TEÓRICO DE LAS SESIONES

Durante los meses de diciembre a mayo, la tanatóloga se dedicó al desarrollo técnico, metodológico y material de apoyo de las sesiones personales. Para ello, se seleccionaron técnicas, tareas, material de lectura, aspectos teóricos para el manejo del enfoque de los participantes, temas sobre duelo, pérdidas, duelos problemáticos, técnicas de relajación, mensajes de reflexión, materiales de evaluación y sistematización del proceso.

Es importante mencionar que estos elementos fundamentales permiten que la experiencia tenga éxito en los aspectos de planificación. Corey (1995: 118) plantea la relevancia de iniciar con la elaboración de la propuesta, donde se incluyan aspectos fundamentales: objetivos, tiempo, personas participantes, constitución y características de las personas que se someterán a terapia y evaluación.

Se definió un instrumento de selección y entrevista para cada una de las personas en base al manejo terapéutico de Polo Scott. Este se aplicó a todas las personas que vivían situaciones de duelo por enfermedad sometidos a hemodiálisis. Posteriormente, se analizó cada uno de ellos.

Además, se realizaron las gestiones administrativas para la solicitud en cada hospital y clínica de hemodiálisis a la que se asistió, necesarias para ejecutar intervenciones con personas dentro de los mismos.

INTERVENCIÓN EN CRISIS

La teoría de la crisis de Caplan se formó a partir de la estructura de la psicología de Erickson, en la que el ser humano se ve provisto de un mecanismo para entender el crecimiento y desarrollo a través de una serie de ocho etapas. El interés de Caplan fue el describir como las diferentes personas logran hacer frente a la

transición de una etapa a otra y pronto identifico la importancia de los recursos personales y sociales en el desarrollo y resolución de las crisis, una crisis es un estado amenazante para el individuo en las que las habilidades anteriores le resultan insuficientes para enfrentar las situaciones y la tolerancia a la frustración disminuye, al mismo tiempo, es una oportunidad para crecer y el individuo puede adquirir nuevas herramientas para su vida futura.

Tipos de crisis

Crisis circunstanciales: Se presentan súbitamente en la vida del individuo, como algo inesperado y se apoyan en algún factor ambiental, o sea, externo al individuo, por ejemplo: la muerte de un ser querido, la pérdida del empleo, un accidente, un desastre natural, etc.

Crisis de desarrollo: Tienen que ver directamente con el desarrollo personal del individuo, se tratan de los diferentes cambios que experimenta al pasar de una etapa de desarrollo a otra.

Fases por las que pasa una persona en crisis según Caplan :

Impacto: Los mecanismos de enfrentamiento del individuo fallan y los signos de estrés y de tensión aparecen. La persona puede experimentar momentos de aturdimiento y confusión.

Retroceso: Está caracterizada por incrementos en la desorganización. La persona no puede expresar sus emociones displacenteras y su atención no está en lo que le interesa de la vida diaria. Las manifestaciones psicósomáticas aparecen con muestras de fatiga, insomnio, apatía, trastornos alimenticios, etc.

Ajuste y adaptación: Los recursos propio y del entorno del individuo pueden ser movilizados y como consecuencia, el problema se resuelve. Elementos importantes en una crisis Según Caplan existen cuatro elementos importantes en una crisis.

Existe un incremento en la tensión, actividad y desorganización del individuo intentando resolver la situación utilizando las maniobras acostumbradas con la esperanza de retornar al punto de equilibrio.

Al fracasar utilizando los mecanismos de defensa, la tensión y la desorganización aumentan. El estado crítico obliga al individuo a utilizar sus recursos extras, internos y externos para intentar resolver el problema.

Si el problema persiste una mayor desorganización de la personalidad ocurre, aumentando la frustración. Tipos de intervención en crisis. Slaikeu señala un modelo sobre intervención de crisis el cual divide según el tipo de trabajo en:

Intervención en crisis de primer orden o primera ayuda psicológica: Es la ayuda inmediata que se da a la persona y que proporcionan las personas que observan la necesidad, consiste básicamente en dar apoyo, escuchar y permitir la catarsis y la demostración de emociones.

Intervención de crisis de segundo orden o terapia en crisis: Es un proceso terapéutico a corto plazo que va más allá de la restauración de los mecanismos de defensa y busca la elaboración y resolución de la crisis.

Los principios que debe seguir el tanatólogo en la intervención en crisis son:

- ✓ Establecer la empatía con el paciente y manejo de la atenta escucha.
- ✓ Rastrear las dimensiones y características del problema.

- ✓ Establecer las posibles alternativas de solución para las necesidades inmediatas.
- ✓ Facilitar la toma de decisiones y la acción al paciente.
- ✓ Continuar el proceso durante el tiempo necesario en tanto exista la crisis.

TÉCNICAS DE PSICOTERAPIA DE GESTALT

Las técnicas de la psicoterapia Gestalt cubren un amplio espectro de conductas verbales y no verbales, estructuradas y no estructuradas, introspectivas e impersonales, dirigidas hacia adentro y hacia afuera, simbólicas y no simbólicas. Algunas de estas técnicas no son exclusivas de la psicoterapia de Gestalt y tal vez cada una de ellas pueda ser considerada como una variación de esta técnica que ha de encontrarse de una forma alternativa de psicoterapia o de algún sistema de conducción espiritual.

El objeto de estas técnicas es integrar las partes desorganizadas del individuo.

- Cuando el paciente es capaz de expresar lo que hasta este momento no se había atrevido, no solo estará rebelándose a ser otro, si no a sí mismo, así como el verdadero artista adquiere conocimiento a través de su obra.
- Lo que en potencia se podrá experimentar, es dejar de hacer algo más, solo entonces se aprenderá que el vivenciar no es algo que tengamos que buscar, sino algo que no podemos evitar.

Salama las describe de la siguiente forma:

- Experimentar el vacío: la persona enfrenta sus sensaciones desagradables. Se facilita el contacto con lo no deseado. Al evitar lo desagradable no se reconoce lo que molesta y, por lo tanto, no se resuelve el problema.

Se invita a que se haga contacto con las sensaciones desagradables y que se convierten ellas, o bien a jugar con una fantasía. Se podría llenar el vacío estéril con el vacío fértil. Una forma de realizarlo consiste en pedirle al paciente que vaya incrementando las sensaciones que está experimentando en su cuerpo y conocer el mensaje que se encuentra en esas sensaciones.

- No hablar acerca de... cuando emerge una figura que necesita ser cerrada, es conveniente facilitar el contacto con la experiencia más que hablar acerca de la misma. Perls planteaba que la psicoterapia debía de evitar la intelectualización y poner el acento en la experimentación a través de las técnicas vivenciales. Decía que el hablar acerca del problema favorecía la racionalización en vez de incrementar la toma de conciencia.
- Descubrir los debeismos: los introyectos son creencias falsas que no le pertenecen al individuo. Hay diferencia que podría disolverse en un quiero, y otro que implicaría una necesidad y condición necesaria para que el algo ocurra.
- Expresar lo no expresado: el silencio oculta la necesidad por temor a ser y a enfrentar. En ocasiones el paciente inicia la plática sin terminar la frase o se dispersa en racionalizaciones. El terapeuta puede utilizar esta técnica con el objeto de facilitar el darse cuenta de su evitación.
- Descarga energética: sobre un objeto neutro. Regularmente se usa cuando se presenta el enojo; existen distintas variaciones de la descarga energética como es el caso del cojín, el costal o los dedos.

Juegos de terapia gestáltica de Yontef:

Al distorsionar técnicas o juegos específicos usados en terapia gestáltica, los principios y técnicas pueden ser más concretos. Estos

juegos se practican de trabajo individual y grupal y tienen como objeto el descubrimiento y la sensibilización.

Juegos por medio de diálogos:

Cuando en un paciente se observa una división, se sugiere que se tome por turnos cada una de las partes en conflicto y realice un dialogo. El paciente simula que esa persona está presente y que se está llevando a cabo el dialogo.

Haciendo rondas:

Cuando se realiza un trabajo individual o en grupo. El individuo puede estar preocupado imaginando que los demás puedan tener una sensación con respecto a ellos. El terapeuta puede sugerirle que haga ronda para comunicarse con cada persona del grupo. Los encuentros espontáneos y auténticos desarrollados durante las rondas se tratan durante cualquier otro encuentro. Esta técnica es sugerida para los grupos de personas en duelo o grupos de pacientes tanatológicos.

Asuntos inconclusos:

Cualquier Gestalt incompleta constituye un asunto inconcluso que exige una resolución. Generalmente esto se traduce en sentimientos expresados en forma incompleta. Los pacientes son estimulados para que intenten concluir aquellos asuntos no terminados; cuando se trata de sentimientos no expresados hacia un miembro del grupo se solicita al paciente que los exprese directamente. El resentimiento es el sentimiento no expresado más frecuente y significativo y a menudo se enfrenta mediante un juego en el cual la comunicación se limita a afirmaciones que comiencen con las palabras yo tengo resentimiento.

El juego de asumir la responsabilidad:

La terapia gestáltica toma en cuenta toda conducta abierta sensación, sentimiento y pensamientos de una persona, los pacientes frecuentemente desconocen o alienan estos actos usados en el

lenguaje neutro, la voz pasiva, etc. Una técnica es solicitar al paciente que agregue después de cada afirmación y asumo la responsabilidad de ello.

El juego de los opuestos:

Cuando el terapeuta piensa que la conducta de un paciente puede ser el opuesto de un impulso latente, le puede pedir que represente el rol opuesto. Un paciente excesivamente amable tendría que actuar en forma rencorosa y egoísta.

El rito del contacto y alejamiento:

El alejamiento del aquí y él ahora se trata experimentalmente, al paciente no se le advierte que debe evitar el alejamiento pero se le pide que se dé cuenta cuando se aleja y permanece en contacto.

Los juegos de ensayos:

La reacción a un paciente al grupo es en sí misma una valiosa fuente de material terapéutico, al paciente que teme exponer sus sentimientos al grupo se le motiva para que relate lo que imagina y siente acerca de revelar sus sentimientos.

Te puedes quedar con ese sentimiento:

Al relatar y darse cuenta los pacientes rápidamente se alejan de sentimientos disfóricos frustrantes y el terapeuta gestáltico pide al paciente que se quede con el sentimiento que permanezca en su continuo de darse cuenta. Es necesario soportar el dolor psicológico para salir del impasse.

Trabajo de sueños:

Perls considera que el sueño es un mensaje existencial y no la realización de deseos. Es un mensaje que revela la vida de una persona y como llegar a los sentidos para despertar y tomar el lugar que nos corresponde en la vida. La persona toma cada parte y se

produce así un encuentro entre las partes divididas del sí mismo, este encuentro a menudo conduce a una integración.

La silla vacía segura y protegida:

Esta técnica funciona para el manejo y resolución del duelo, se retoma el psicodrama y el lugar seguro y protegido, se solicita la paciente que con el poder de su imaginación se ubique en su lugar seguro y protegido visualizando a la persona producto del duelo.

La silla simbólica:

Partiendo de la silla vacía y del lugar seguro y protegido se solicita al paciente que por medio de una metáfora genere un símbolo que represente el duelo que está experimentando. Existe una variedad de técnicas y se gradúa de acuerdo a las necesidades del paciente así como a las características de la personalidad en este momento histórico que está viviendo, no se trata de convertir la sensación de un lugar donde el uso de las técnicas se realiza de manera indiscriminada.

EL PROCESO DE TERAPIA TANATOLOGICA GESTALT EN EL MANEJO Y RESOLUCIÓN DE DUELO

Para iniciar cualquier proceso de terapia tanatologica es indispensable conocer al paciente, el primer paso para lograrlo es por medio de una entrevista.

Para Bingham y More la entrevista es una conversación seria que se propone un fin determinado, distinto del simple placer de la conversación. La entrevista es un método para reunir datos durante una consulta privada o una reunión; una persona que se dirige al entrevistador cuenta su historia, da su versión de los hechos o responde a las preguntas relacionadas con el problema estudiado.

Hay varios tipos de entrevista, entre ellos:

1. Entrevista de admisión. En general, una entrevista de admisión tiene dos propósitos. Determinar porque el paciente ha llegado con nosotros. Si es un candidato para el trabajo tanatológico.
2. Entrevista de historia clínica: Básicamente el propósito de la obtención de la historia clínica consiste en proporcionar un amplio contexto y trasfondo en el cual pueda colocarse al paciente y al problema. Cubre la infancia, la adolescencia y la adultez, dependiendo de la edad del entrevistado, e incluye aspectos educativos, sexuales, médicos, paternos, ambientales, religiosos y patológicos. La siguiente es una propuesta de historia clínica:

HISTORIA CLINCA

1.-DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE:

EDAD:

GÉNERO:

ESCOLARIDAD:

RELIGIÓN:

DOMICILIO:

TELEFONO:

OCUPACIÓN:

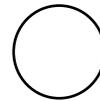
NIVEL SOCIOECONÓMICO:

ESTADO CIVIL:

2.-FAMILIOGRAMA

3.-MOTIVO DE CONSULTA

4.-CONSTELACIÓN FAMILIAR



5.-NACIMIENTO Y DESARROLLO

6.-HISTORIA DE SALUD

7.-HISTORIA ESCOLAR

8.-HISTORIA LABORAL

9.-HISTORIA FAMILIAR

10.-HISTORIA SEXUAL

11.-HISTORIA DE PÉRDIDAS SIGNIFICATIVAS

12.-HISTORIA DE LA PRIMERA EXPERIENCIA DE PÉRDIDA

13.-HISTORIA DE LA CRISIS MÁS SIGNIFICATIVA DE SU VIDA

14.-OBSERVACIONES

TERAPIA TANATOLOGICA

La terapia tanatológica es el proceso que busca mejorar la calidad de vida del paciente crónico y terminal, de su familia, de sus amigos y del cuerpo médico, a su vez, apoyar a la persona que vive una pérdida significativa (muerte, divorcio, separación, abandono, relación, etc.) a la resolución del duelo.

Los tipos de terapia que aquí consideramos son:

Dirigida: Es aquella en la cual el tanatólogo lleva un tema específico para trabajar con su paciente, tiene la inconveniencia que por lo regular se trabaja proyecciones del tanatólogo y no los duelos del paciente. Una forma de evitar las proyecciones es que el tanatologo se conozca y tenga su propio proceso de terapia.

A partir de aquí el tanatólogo realiza todo tipo de preguntas con respecto a la relación del paciente con el papá. Es probable que como la necesidad del paciente no es hablar del padre el tanatólogo ocupe algunas técnicas para obligarlo a trabajar el tema, sin embargo, por lo regular terminara con consejos y poco en realidad se habrá elaborado en relación a la necesidad del paciente.

Gestalt: En ella el tanatólogo tiene como objetivo determinar cuál es la necesidad del paciente y una vez ubicada cerrar el duelo o asunto inconcluso que la origino, haciendo uso de distintas técnicas gestalticas para su elaboración y resolución.

MÉTODO DE TERAPIA TANATOLOGICA POLO SCOTT

En el Centro de Tanatología y Terapia de Duelo S. C. ocupamos el Método Polo i en la atención de pacientes con duelo, los resultados han sido excelentes. Este método está basado en el comportamiento fisiológico conductual, para la psicoterapia gestalt las necesidades físicas y psquicas requieren para su satisfacción de la misma energía que produce el organismo, es decir la psicoterapia gestalt no separa necesidades físicas de necesidades psíquicas, sino las integra en necesidades organísmicas.

El comportamiento de una persona en equilibrio inicia a partir de las sensaciones, emociones o sentimientos que se van desarrollando en el organismo, esto se da de la piel hacia adentro de la persona, es decir, en su zona interna, una vez que estas sensaciones, emociones o sentimientos toman fuerza, la persona hace conciencia

de que es lo que necesita, generando ideas y pensamientos, esto se desarrolla en sus estructuras mentales, en su zona de la fantasía. Para cubrir su necesidad primordial la persona requiere interactuar con el medio, todo lo que está de su piel hacia fuera, su zona externa, una vez que la persona a satisfecho su necesidad principal, lo consigue incorporando las tres zonas, interna, externa y fantasía, en una sola, la cual llamamos continuo de conciencia para dar paso a una fase de reposo y posteriormente a la formación de otra necesidad.

A continuación en la siguiente grafica se representa el Ciclo de la Experiencia Gestalt, el cual fue utilizado por los siguientes autores: Fritz Perls, James Kepner, Joseph Zinder, Irving Polster y Gary Yontef.

CICLO DE LA EXPERIENCIA GESTALT



Sin embargo, una persona en desequilibrio, o mejor dicho, un paciente, que percibe amenazada su vida, como es el caso de los pacientes terminales o de los pacientes crónicos pueden llegar a presentar una alteración en el ciclo de la experiencia, de acuerdo a las investigaciones realizadas en el Centro de Tanatología y Terapia de Duelo, el paciente inicia su proceso de satisfacer su necesidad

principal en la zona de la fantasía, por medio de ideas y sueños repetitivos y catastróficos, así como pensamientos relacionados con la culpa y la inutilidad. Pasando a la zona interna con manifestaciones de emociones tales como el miedo, el enojo, la tristeza, la fatiga, entre otros; regresando posteriormente a la zona de la fantasía que a su vez lo lleva a la zona interna, creando así, un círculo vicioso que impide pasar a la zona externa y al continuo de conciencia, tal como lo demuestra la siguiente gráfica.



De lo anterior surge la necesidad de realizar un método que esté acorde a los requerimientos de un tipo de paciente específico, el paciente terminal o crónico, este método consta de seis pasos:

1. Saludo
2. Rastreo
3. Identificación de la emoción y de la necesidad principal
4. Ejercicio
5. Retroalimentación
6. Cierre

METODO DE TERAPIA TANATOLOGICA POLO SCOTT

Es oportuno comentar que dentro de la terapia gestalt, a la necesidad principal del paciente se le conoce también con el nombre de figura, los seres humanos tenemos a la vez varias necesidades, sin embargo, tenemos una que sobresale de todas ellas, nosotros ocuparemos el termino de necesidad principal. A continuación desarrollaremos cada uno de los pasos del método.

1. Saludo: marca el inicio de la sesión. Es diferente al saludo convencional o social que regularmente realizamos. Se sugiere que el saludo sea neutro para no inducir la terapia: Hola, ¿Qué tal?, Hola, ¿qué tal?. Sin embargo, no es incorrecto utilizar el Hola ¿cómo estas?, en tanto el paciente se va familiarizando con el trabajo tanatológico.
2. Rastreo: Tiene como objetivo conocer en el aquí y ahora las circunstancias que llevan al paciente a la terapia e iniciar el proceso de aclarar las necesidades del paciente, misma que en varios casos el paciente desconoce, para esto, el tanatólogo debe ocupar de manera adecuada la comunicación en sus tres niveles (no verbal, verbal y paralinguística), la pregunta eficaz y los silencios.



Comunicación no verbal	55%
Comunicación paralinguística	37%
Comunicación verbal	8%
	100%

“La comunicación no verbal son los gestos, las posturas, las posiciones corporales, la forma de vestir, los movimientos, mirada, tonalidades de la piel, etc.”

“La comunicación paralinguística es el tono de la voz, la velocidad de la voz, el ritmo de la voz, no lo que se dice sino como se dice.”

“Para determinar la congruencia o incongruencia que un paciente presenta en el proceso de terapia ocupamos la fenomenología, que es, la habilidad para distinguir pequeñas señales y reconocer su significado dependiendo de cada persona. La comunicación del cuerpo es un punto de partida para entender el significado de las comunicaciones.”

“Los pacientes cuando acuden a terapia, desde el momento que ingresan a la consulta es necesario poner atención en los distintos movimientos que presentan, de igual manera lo es durante la sesión, esta observación deberá centrarse sobre estas 5 áreas de respuesta inconsciente con la intención de conocer que está sucediendo en el mundo interior del paciente y que nos pueda dar elementos para facilitarle la resolución de su duelo.”

“Pregunta eficaz.- La comunicación verbal en terapia tanatológica se da a través de la pregunta eficaz. Especifica el proceso de pasar de comunicación superficial a comunicación profunda y es una técnica para desafiar la estructura de comunicación del paciente, reconectándola con su experiencia personal, con el objetivo de recabar información significativa de las vivencias del paciente. Consiste en desafiar la vaguedad e imprecisión del lenguaje del paciente, con el fin de ampliar sus recursos durante su proceso de terapia tanatológica, para lo cual utilizamos algunos recursos de la Programación neuro lingüística.”

ESTILOS DE PACIENTES

Cuando un paciente acude a terapia tanatológica, indudablemente trae consigo sus vivencias, experiencias, aprendizajes, asuntos inconclusos, duelos no resueltos, en otras palabras, una forma de funcionar en el mundo. Esta forma es la manera en que el paciente ha aprendido a sobrevivir ante situaciones cambiantes y en ocasiones agresivas, le ha funcionado y por lo tanto tiene un estilo propio de conducirse, los principales estilos de pacientes son los siguientes, desde mi punto de vista:

- ✓ Como si.- Es el paciente que a pesar que acude a terapia por lo regular actúa como si todo estuviera funcionando de acuerdo a lo que el considera adecuado, por lo regular no se compromete con el proceso terapéutico y asiste para que le confirmen que “todo está bien”.
- ✓ El verborreico.- Por lo regular son los pacientes que no pueden dejar de hablar y que se mantienen en la zona de la fantasía, ya que si llegan a sentir pueden sufrir.
- ✓ El paranoico.- Constantemente mencionan que las personas que los rodean los quieren lastimar. En la terapia buscan que se le confirme que los demás le quieren hacer daño.
- ✓ El cazador.- Es el paciente que busca y está pendiente de los posibles errores del terapeuta para hacérselos notar en ocasiones estos pacientes necesitan estar atentos en otras personas para no fijarse en ellos mismos.
- ✓ El enciclopedia.- Son pacientes que creen que lo saben todo, y digo que creen porque es imposible saber todo, y lo que no lo saben por lo regular lo inventan, son pacientes que en algunos casos necesitan ser reconocidos.
- ✓ El víctima.- Cuando todo mundo los agrede y no tienen forma de defenderse por lo regular estamos en presencia de pacientes que desarrollan el juego manipulador de víctima.

- ✓ El saboteador.- son los tipos de pacientes que por lo regular durante el proceso terapéutico buscan interrumpirlo con la intención de que no se desarrolle.
- ✓ El descalificador.- Por lo regular no quedan satisfechos y buscan la forma de no reconocer sus logros, están educados con el mensaje de que todo tiene que salir perfecto.
- ✓ El demandante.- Paciente que busca mayor atención por parte del terapeuta, siempre requiere más tiempo del destinado para su atención. Es dependiente del terapeuta. Por lo regular deja el material importante para el final de la sesión.

ESTILOS NEGATIVOS DE TANATOLÓGICOS

- ✓ Catártico.- son los tanatólogos que les interesa que el paciente salga sintiéndose bien y provocan que en cada sesión el paciente haga una catarsis sin resolver la necesidad en el aquí y ahora y prácticamente se olvidan del duelo.
- ✓ Consejeros.- no permiten el crecimiento del paciente y en cada sesión proporcionan recetas completas de consejos, que por lo regular son más para ellos que para el paciente.
- ✓ Proyectores.- son los que resuelven sus asuntos inconclusos o sus duelos por medio del paciente.
- ✓ Sociales.- convierten la sesión en una charla de café y no dan importancia al material que el paciente proporciona.
- ✓ Sin límites.- es el que no favorece los límites durante la sesión y permite que el paciente no se responsabilice, por ejemplo: de la sesión, del contrato, de las emociones, etc.

Hasta aquí hemos considerado una forma de trabajo con pacientes crónicos y terminales, basándonos en la psicoterapia gestalt y considerando nuestras investigaciones y experiencias, sin embargo, existen otras formas de trabajar con este tipo de paciente, de entre ellas sobresalen, por sus buenos resultados las terapias de Hipnosis ericksoniana y clásica.

INSTRUMENTOS

Escala de ansiedad de Hamilton

Se empleó la escala de ansiedad de Hamilton su objetivo es valorar el grado de ansiedad en pacientes. Se trata de una escala heteroaplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista (Baer L, 1995). Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos. Hamilton reconoce que el valor máximo de 4 es principalmente un punto de referencia y que raramente debería alcanzarse en pacientes no hospitalizados. Sólo algunas cuestiones hacen referencia a signos que pueden observarse durante la entrevista, por lo que el paciente debe ser interrogado sobre su estado en los últimos días. Se aconseja un mínimo de 3 días y un máximo de 3 semanas. (Gjerris A B. P., 1983). Bech y cols recomiendan administrarla siempre a la misma hora del día, debido a las fluctuaciones del estado de ánimo del paciente, proponiendo a modo de ejemplo entre las 8 y las 9 am.

INTERPRETACIÓN

Puede ser usada para valorar la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad o depresión y para monitorizar la respuesta al tratamiento. No distingue síntomas específicos de un trastorno de ansiedad, ni entre un desorden de ansiedad y una depresión ansiosa.

El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13) (Gjerris A B. P., 1983).

No existen puntos de corte para distinguir población con y sin ansiedad y el resultado debe interpretarse como una cuantificación de la intensidad, resultando especialmente útil sus variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento (Kellner R, 1968) (Lozano, 1990). Se ha sugerido (Bech y cols) (P., 1993) que el test no debería utilizarse en casos de ataques de pánico, pues no existen instrucciones para distinguir entre éstos y estados de ansiedad generalizada o persistente. Proponen que cuando se sospeche la presencia de ataques de pánico (puntuación ≥ 2 en el ítem 1 y ≥ 2 en al menos 3 de los ítems 2, 8, 9, 10 y 13) esta escala puede cuantificar la severidad de los mismos. El tiempo valorado en estos casos debe ser las 3 semanas anteriores la primera vez que se administra y solamente la última semana cuando se utiliza repetidamente.

Cuando no existen ataques de pánico o cuando no se han producido en los últimos 3 días la escala puede utilizarse para valorar ansiedad generalizada, preguntado por los síntomas entre los ataques. En estos casos se ha propuesto por Bech, de forma orientativa: 0 - 5 puntos (No ansiedad), 6 - 14 (Ansiedad menor), 15 ó más (Ansiedad mayor). Kobak (Kobak KA, 1993), propone la puntuación igual o mayor de 14 como indicativa de ansiedad clínicamente manifiesta.

En ensayos clínicos (Charalampous KD, 1974) (Fabre LF, 1978) se han utilizado como criterios de inclusión valores muy dispares, oscilando entre 12 y 30 puntos. Beneke utilizó esta escala para valorar ansiedad en pacientes con otras patologías concomitantes (depresión, psicosis, neurosis, desórdenes orgánicos y psicosomáticos) obteniendo puntuaciones medias similares en todos ellos, con una media, considerando todas las situaciones, de alrededor de 25 puntos.

A pesar de haberse utilizado en numerosos estudios clínicos como medida de ansiedad generalizada, no se centra en los síntomas de ésta, tal y como se contemplan en el DSM-IV. Los síntomas clave de los desórdenes de ansiedad generalizada reciben menos prominencia que los síntomas fóbicos y los referentes a excitación del sistema autonómico, que durante tiempo no han formado parte de la definición de ansiedad generalizada, están excesivamente considerados.

Inicialmente se concibió para valoración de “neurosis de ansiedad”, pero a lo largo del tiempo este concepto ha evolucionado, hablándose hoy en día de “desorden de pánico”, “desorden fóbico” y “ansiedad generalizada”, entre otros. En la práctica clínica muchas veces es difícil distinguir entre ansiedad y depresión, ya que algunos síntomas se superponen, por otra parte muchos estados depresivos cursan con ansiedad. Según Hamilton en estos casos no debería utilizarse la escala, aunque algunos autores (Gjerris A B. P., 1983) (Maier W, The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. 1988;, 1988). sugieren que la subescala de ansiedad somática puede utilizarse para valorar el grado de ansiedad en pacientes depresivos, así como la respuesta al tratamiento ansiolítico y antidepresivo. No obstante ha demostrado (Gjerris A B. P., 1983) su validez interobservador en pacientes con depresión.

Propiedades psicométricas

Fiabilidad:

Muestra una buena consistencia interna (American Psychiatric Association. , 2000). (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86). Con un adecuado entrenamiento en su utilización la concordancia entre distintos evaluadores es adecuada ($r = 0,74 - 0,96$). Posee excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana ($r = 0,96$) y aceptable estabilidad después de un año ($r = 0,64$).

Validez:

La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxiety by Covi18, 19 ($r = 0,63 - 0,75$) y con el Inventario de Ansiedad de Beck20 ($r = 0,56$).

Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos11 (puntuaciones medias respectivas de 18,9 y 2,4). Posee un alto grado de correlación con la Escala de Depresión de Hamilton21, 22 ($r = 0,62 - 0,73$).

Es sensible al cambio tras el tratamiento (American Psychiatric Association. , 2000).

Inventario de depresión de Beck

El Inventario de Depresión de Beck (BDI) es uno de los instrumentos más usados para la valoración de síntomas depresivos en adultos y adolescentes. La versión original se introdujo en 1961 por Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh como una prueba autoadministrada; revisada en 1971 en el Centro de Terapia Cognitiva de la Universidad de Pennsylvania resultando en la versión BDI-IA. La versión revisada y la original tienen alta correlación. Beck definió depresión como “un estado anormal del organismo manifestado por signos y síntomas de ánimo subjetivo bajo, actitudes nihilistas y pesimistas, pérdida de la espontaneidad y signos vegetativos específicos.” El instrumento se diseñó para valorar este estado y fue derivado de observaciones clínicas y descripciones de síntomas frecuentes en pacientes psiquiátricos con depresión e infrecuentes en pacientes sin depresión. Aunque fue diseñado para población de pacientes, y no para tamizaje, ha sido utilizado ampliamente para este propósito (Beck AT, Steer RA. Relationship between the Beck Anxiety Inventory and the Hamilton Anxiety Rating Scale with anxious outpatients. , 1991).

Las ventajas de esta versión son una alta consistencia interna, alta validez de contenido, especificidad en la diferenciación de pacientes deprimidos y sanos, y su popularidad internacional. Ha sido validado para población de habla hispana por Conde et al (1976) y por Bonicatto et al (1998) en España y Argentina respectivamente con resultados satisfactorios. También fue validado en poblaciones de universitarios, adultos y adolescentes psiquiátricos ambulatorios. Moran y Lambert (1983) compararon el contenido de esta versión con el DSM-III y encontraron que solo cumplía con 6 de los 9 criterios. Esto llevó a una nueva revisión que resultó en el BDI-II. Cuatro ítems (pérdida de peso, dificultad para trabajar, cambio en la imagen corporal y preocupaciones somáticas) fueron eliminados y se incluyeron agitación, baja autoestima, dificultad para concentrarse y pérdida de energía. Se cambiaron dos ítems para mostrar tanto aumento como disminución en apetito y sueño. Fue desarrollada para ajustarse a los síntomas correspondientes a los criterios diagnósticos de depresión listados en el DSM-IV. En esta versión los ítems no fueron seleccionados para reflejar ninguna teoría en particular de depresión, es más, ninguna definición de depresión se incluye en el manual del BDI-II (BeckAT,1991).

Descripción

La forma actual es el BDI-II: un instrumento autoadministrado de 21 ítems, que mide la severidad de la depresión en adultos y adolescentes mayores de 13 años. Cada ítem se califica en una escala de 4 puntos que va desde el 0 hasta el 3, al final se suman dando un total que puede estar entre 0 y 63. Tiene una duración aproximada de 10 minutos y se requiere de una escolaridad de 5° o 6° grado para entender apropiadamente las preguntas. Esta prueba tiene una buena sensibilidad (94%) y una especificidad moderada (92%) para el tamizaje de depresión en el cuidado primario, teniendo en cuenta como punto de corte para depresión 18 puntos.

Técnica de Aplicación

El cuestionario consta de 21 preguntas. El paciente debe leer cada uno de los enunciados cuidadosamente y elegir para cada uno la opción que mejor describe la forma como se ha venido sintiendo en las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Debe encerrar en un círculo el número del enunciado que escogió. Si encuentra más de un enunciado que lo identifique, marque cada uno de ellos. El paciente debe leer todos los enunciados antes de elegir su respuesta.

Interpretación

Se suma el puntaje dado en cada ítem y se obtiene el total. El mayor puntaje en cada una de las 21 preguntas es de 3, y el más alto posible es 63. El puntaje menor para toda la prueba es de cero. Se suma solo un puntaje por cada ítem, el mayor si se marcó más de uno.

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN ASOCIADOS

- 1.- Evaluación neuropsicológica, estado de ánimo, estrés y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica.
- 2.- Calidad de vida percibida, depresión y ansiedad en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal.
- 3.- Efectos psicológicos de la insuficiencia renal crónica: diferencias en función de los tratamientos médicos.
- 4.- Prevalencia de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis, hospital clínico regional Valdivia, abril-agosto 2007

ASPECTOS ÉTICOS

Los procedimientos propuestos están de acuerdo con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con la declaración de Helsinki de 1975 y sus enmiendas, así como los códigos y normas Internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica. Además de todos los aspectos en cuanto al cuidado que se deberá tener con la seguridad y bienestar de los pacientes se respeta cabalmente los principios contenidos en el Código de Núremberg, la Declaración de Helsinki y sus enmiendas, el Informe Belmont, el Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos (Regla Común).^(39,40)

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud en su título segundo, capítulo 1, artículo 13, Artículo 14, Artículo 15, Artículo 16 y Artículo 17. Para efectos de este estudio y apegados a este reglamento, la investigación se clasifica en la siguiente categoría:

Investigación Nivel III. con riesgo mayor que el mínimo: Son aquéllas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, ensayos con los medicamentos y modalidades que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, ensayos con nuevos dispositivos, estudios que incluyan procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros⁽⁴¹⁾

QDLGVKXQU

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el impacto de la intervención tanatológica en depresión y ansiedad de pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis a través de los instrumentos de medición.
- Determinar diferencias en los niveles de ansiedad y depresión en usuarios con tratamiento hemodialítico posterior a una intervención tanatológica.

HIPÓTESIS

Hipótesis nula

La ansiedad y depresión posterior a intervención tanatológica son similares en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis.

Hipótesis alterna

Las diferencias observadas en ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis está en relación con la intervención tanatológica.

JUSTIFICACIÓN

(Pérez, 2005) En México la insuficiencia renal crónica (IRC), es un problema de salud pública; actualmente existe un incremento de pacientes estimado en 35 mil cada año en todo el sistema de salud. La nefropatía diabética tiene mayor relevancia clínica al formar parte de las complicaciones microvasculares de la propia Diabetes mellitus, ésta a su vez constituye la principal causa de insuficiencia renal crónica avanzada en nuestro país.

Dicha enfermedad causa un gran impacto personal, familiar, psicosocial, alteraciones afectivas, sobre todo con el inicio de sentimientos de ansiedad, depresión, estrés y el miedo a la muerte. Se han generado pocos datos sobre los factores asociados con la adaptación de los pacientes a su situación. La depresión y la percepción de los efectos de la IRC son respuestas importantes a la experiencia de dicha enfermedad y pueden estar asociadas con la diferencia en la sobrevivencia. (Kimmel PL. 2000)

La Ansiedad en esta población de enfermos se ha asociado a una pobre calidad de vida, en referencia a los roles físicos, la percepción de la salud en general, el rol emocional y la función social, sobre todo en los sujetos que realizan hemodiálisis (Vázquez et al., 2005).

Vázquez y colaboradores (2004) encontraron que la Depresión era una de las pocas variables que podría explicar las bajas puntuaciones en un cuestionario que evalúa la percepción de la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis. En general, todos ellos observan un alto porcentaje de pacientes en hemodiálisis que sufren depresión, y cómo esta característica se encuentra en la base de otros problemas relacionados con la situación especial de esta población clínica. En este sentido, Cukor y colaboradores (2007) encuentran que el 42% de los sujetos diagnosticados de Depresión al inicio del tratamiento de hemodiálisis seguían padeciéndola 16 meses

después, es decir, esta sintomatología se arrastraría a lo largo de todo el tratamiento. Por todo ello, como dicen Chinh-Ken y colaboradores (2010), “podría considerarse uno de los mayores problemas de estos”.

El cómo ayudar a las personas a resolver la muerte a través de una terapia tanatológica constituye una tarea ardua, y más aún donde la sociedad interfiere, es necesario iniciar la educación en la infancia, ayudando a disminuir la ansiedad hacia la muerte.

Con este estudio se pretende determinar el impacto de la intervención tanatológica en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, con la finalidad de detectar los cambios a nivel emocional posteriores a la participación en dicha intervención

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Puede una intervención tanatológica modificar las reacciones emocionales como depresión y ansiedad presentes en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis?

MATERIALES Y RECURSOS

RECURSOS HUMANOS

En esta investigación participaron las alumnas en proceso de titulación Gabriela Berenice Cazares Cacho y Karen Marilyn Ruiz Martínez, el asesor metodológico y médico especialista Juan Manuel Aguiñiga Ramírez, la asesora general y psicóloga Leticia Ochoa.

La población que fue participe de esta investigación y los directivos de las diversas instituciones que permitieron la realización de la misma.

RECURSOS MATERIALES

Para la elaboración de la investigación fueron necesarios computadoras, calculadoras, impresoras, hojas, bolígrafos, tablas, vehículos de transporte.

RECURSOS FINANCIEROS

Estos fueron totalmente solventados por las dos personas que elaboraron este trabajo de investigación en el cual se invirtieron alrededor de tres mil pesos.

RECURSOS TÉCNICOS

Computadoras y los programas auxiliares para la estructuración de la investigación.

DISEÑO METODOLÓGICO

DISEÑO: EXPERIMENTAL

Tipo de estudio

Experimental no controlado, aleatorizado.

En relación a la interpretación es analítico puesto que se busca evaluar una presunta relación causa-efecto.

De acuerdo a la cronología de los hechos es prospectivo ya que el inicio del estudio es anterior a los hechos y los datos se recogieron a medida que fueron sucediendo.

En relación a la secuencia temporal es longitudinal porque las variables se recogieron en tiempos diferentes.

Población

La población de estudio se conformó por 96 pacientes que forman la totalidad de usuarios que asisten a las tres instituciones para recibir un procedimiento de hemodiálisis. En este estudio se hizo un censo, dado que la cantidad de pacientes que demandan el servicio de hemodiálisis es reducida.

Muestra

Probabilística, se aplicaron 91 encuestas.

Criterios de inclusión

El criterio de inclusión que se consideró para este estudio fue el siguiente:

Pacientes con insuficiencia renal crónica que estaban registrados para recibir atención en el servicio de hemodiálisis de los hospitales seleccionados.

Criterios de exclusión

Todos aquellos usuarios que no requieren el servicio de hemodiálisis.

Criterios de eliminación

Pacientes que no acepten la intervención tanatológica.

Operacionalización de variables

Variable:

Depresión.

Definición conceptual:

Síndrome o agrupación de síntomas, susceptibles de valoración y ordenamiento en unos criterios diagnósticos racionales y operativos. Por definición, el concepto de depresión recoge la presencia de síntomas afectivos, esfera de los sentimientos o emociones: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, aunque, en mayor o menor grado, siempre están también presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo, o incluso somático.

Definición operacional	Tipo	Escala	Indicador
<p>Valoración de la severidad de la depresión de una forma global en pacientes que reúnan criterios de este conjunto de signos y síntomas para monitorizar la respuesta a la intervención tanatológica.</p>	<p>Cualitativa Dependiente</p>	<p>Ordinal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1-10 puntos; altibajos normales. • 11-16 puntos; leve perturbación del estado de animo. • 17-20 puntos; estados de depresión intermitente. • 21-30 puntos; depresión moderada. • 31-40 puntos; depresión grave. • >40 puntos; depresión extrema.

Variable:

Ansiedad

Definición conceptual:

La ansiedad es una reacción emocional normal necesaria para la supervivencia de los individuos y de nuestra especie. No obstante, las reacciones de ansiedad pueden alcanzar niveles excesivamente altos o pueden ser poco adaptativas en determinadas situaciones. En este caso la reacción deja de ser normal y se considera patológica.

Definición operacional	Tipo	Escala	Indicador
Severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad o depresión y para monitorizar la respuesta al tratamiento.	Cualitativa Dependiente	Ordinal	<ul style="list-style-type: none">• 0-5 puntos; no ansiedad• 6-14 puntos; ansiedad menor.• >15 ansiedad mayor.

Variable:

Intervención tanatológica.

Definición conceptual:

Concebida como una actuación profesional que integra a la persona como un ser biológico, psicológico, social y espiritual para vivir en plenitud. Proporciona ayuda profesional al enfermo terminal y a sus familiares. Es una alternativa para revalorar la vida; descansa en el principio de la condición mortal de cualquier individuo.

Definición operacional	Tipo	Escala	Indicador
<p>Se estima el miedo a la muerte que es fuente de muchos de los problemas humanos, entre ellos la depresión y ansiedad. Eliminar estos miedos es dar vida: vida a plenitud, vida llena de calidad.</p>	<p>Cualitativa Independiente</p>	<p>Nominal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de depresión antes y después de la intervención. • Nivel de ansiedad antes y después de la intervención.

RESULTADOS

Para el presente estudio se contó con una muestra de 91 pacientes, a quienes se les aplicaron dos encuestas, la de Beck y de Hamilton sucesivamente. La edad promedio fue de 51 años, con una desviación estándar de 18.3. En relación al género hay predominio del sexo masculino como se observa en la tabla 1.

TABLA 1. Género de pacientes con Hemodiálisis

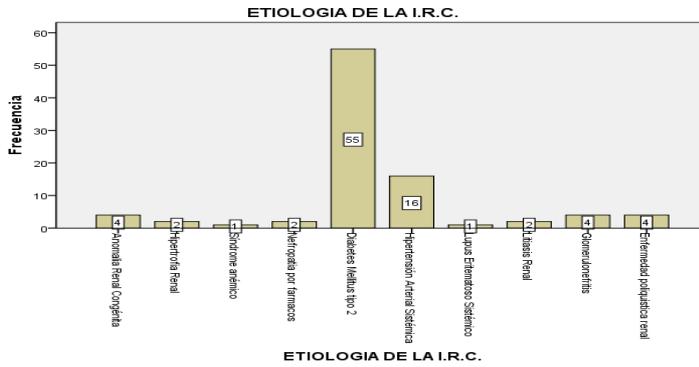
Género	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Porcentaje
Masculino	49	0.538	53.8
Femenino	42	0.462	46.2
Total	91	1.0	100.0

Fuente: encuesta

En relación a la causa que generó la insuficiencia renal crónica, la causa primaria es como complicación de la diabetes mellitus tipo 2 como se aprecia en la figura 1.

Figura 3. Etiología de la Insuficiencia Renal Crónica en pacientes con hemodiálisis.

figura 3



Al realizar la intervención tanatológica se observa una disminución

TABLA 2. DEPRESIÓN PRE INTERVENCIÓN TANATOLÓGICA EN PACIENTES CON HEMODIÁLISIS

	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA	Porcentaje
normal	1	.11	1.1
dudoso	6	.66	6.6
depresión	84	.923	92.3
Total	91	1.0	100.0

Fuente: encuesta

TABLA 3.- DEPRESIÓN POST INTERVENCIÓN TANATOLÓGICA EN PACIENTES CON HEMODIÁLISIS.

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa	Porcentaje
Normal	14	0.154	15.4
dudoso	18	0.198	19.8
depresión	59	0.648	64.8
Total	91	1.0	100.0

Fuente: encuesta

TABLA 4.- ANSIEDAD PRE Y POST INTERVENCIÓN TANATOLÓGICA EN PACIENTES CON HEMODIÁLISIS.

	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA	PORCENTAJE
Ansiedad mayor pre y post intervención	91	.91	100.0

Fuente: encuesta

Al evaluar el impacto de la intervención tanatológica en la depresión de los pacientes con hemodiálisis mediante la prueba de Wilcoxon esta es positiva con una significancia menor de 0.05. Tabla 5.

TABLA 5 PRUEBA DE WILCOXON PARA LA DEPRESIÓN ANTES Y DESPUES DE LA INTERVENCIÓN TANATOLÓGICA EN PACIENTES CON HEMODIÁLISIS

	Pos prueba de Beck – Pre prueba de Beck
Z	-4.976 ^a
Sig. asintót. (bilateral)	.000

- a. Basado en los rangos positivos.
- b. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

Fuente: encuesta

El comportamiento con la ansiedad en pacientes con hemodiálisis evaluada mediante la prueba de Hamilton, la diferencia no es significativa como se muestra en la tabla 6.

TABLA 6 PRUEBA DE WILCOXON PARA LA ANSIEDAD ANTES Y DESPUES DE LA INTERVENCIÓN TANATOLOGICA EN PACIENTES CON HEMODIALISIS

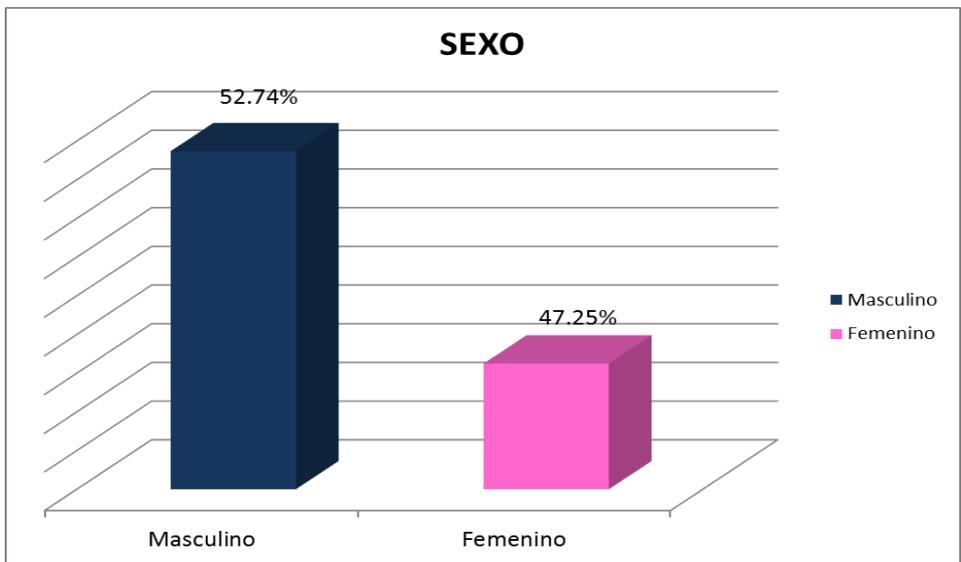
	Pos prueba de Hamilton – Pre prueba de Hamilton
Z	.000 ^a
Sig. asintót. (bilateral)	1.000

- a. La suma de rangos negativos es igual a la suma de rangos positivos.
- b. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

Fuente: encuesta

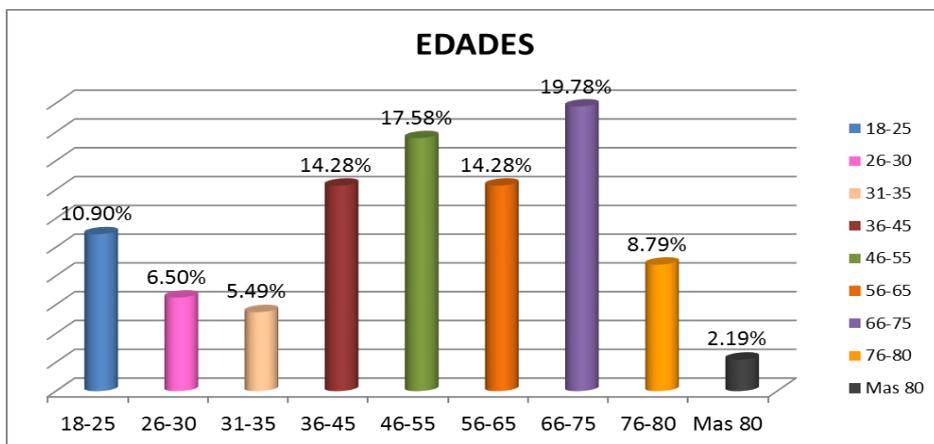
SEXO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Masculino	48	52.74%
Femenino	43	47.25%
total	91	99.99%

figura 1



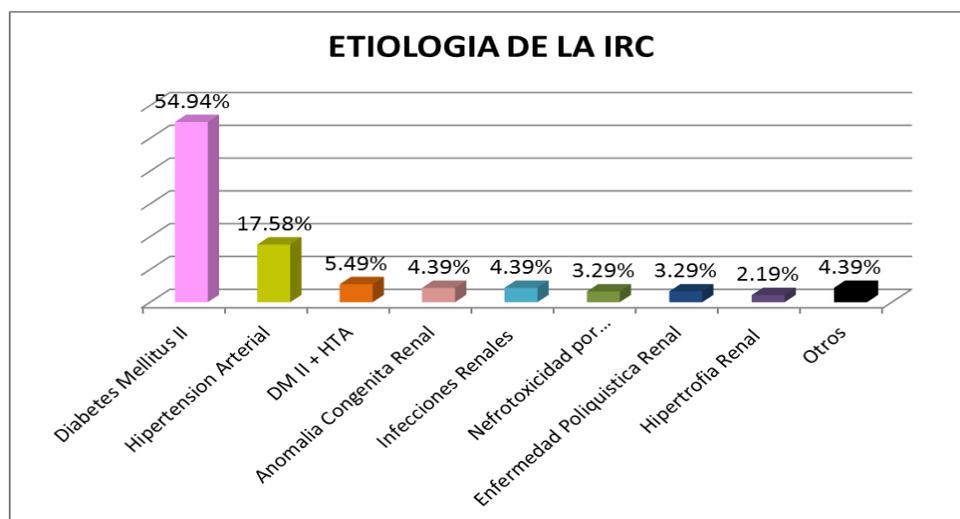
EDADES	CANTIDAD	PORCENTAJE
18-25	10	10.90%
26-30	6	6.50%
31-35	5	5.49%
36-45	13	14.28%
46-55	16	17.58%
56-65	13	14.28%
66-75	18	19.78%
76-80	8	8.79%
Mas 80	2	2.19%
Total	91	99.79%

figura 2



CAUSA	PORCENTAJE
Diabetes Mellitus II	54.94%
Hipertension Arterial	17.58%
DM II + HTA	5.49%
Anomalia Congénita Renal	4.39%
Infecciones Renales	4.39%
Nefrotoxicidad por medicamentos	3.29%
Enfermedad Poliquística Renal	3.29%
Hipertrofia Renal	2.19%
Otros	4.39%
Total	99.95%

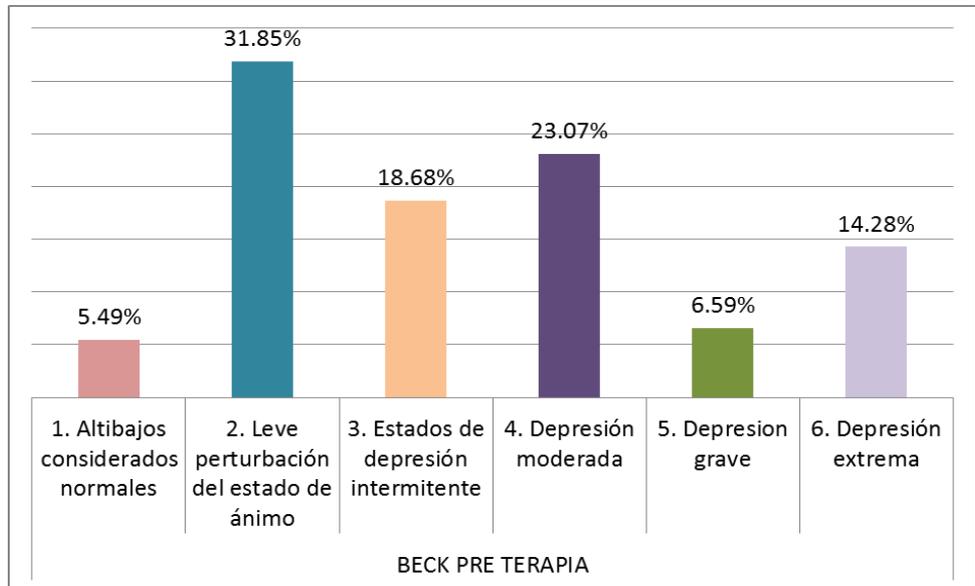
figura 3



BECK PRE TERAPIA

1. Altibajos	2. Leve perturbación	3.Estados de depresión	4.Depresión moderada	5.Depresion grave	6. D. extrema
5.49%	31.85%	18.68%	23.07%	6.59%	14.28%

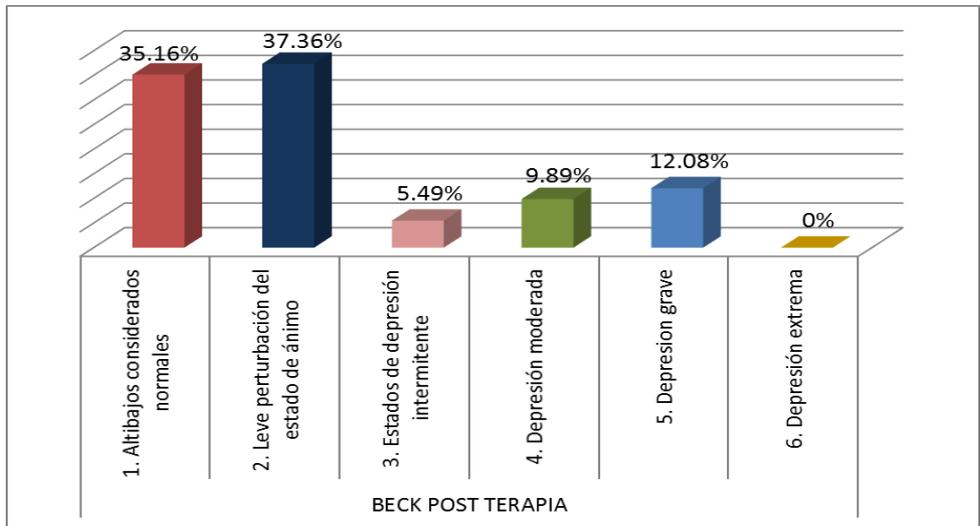
figura 4



BECK POST
TERAPIA

1. Altibajos	2. Leve perturbación	3. Estados de depresión	4. Depresión moderada	5. Depresión grave	6. D. Extrema
35.16%	37.36%	5.49%	9.89%	12.08%	0%

figura 5



HAMILTON PRE-TERAPIA

1. No ansiedad	2. Ansiedad menor	3. Ansiedad mayor
0%	0%	100%

HAMILTON POST- TERAPIA

1. No ansiedad	2. Ansiedad menor	3. Ansiedad mayor
0%	0%	100%

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La enfermedad renal crónica y el tratamiento de hemodiálisis son sucesos vitales altamente estresantes que afectan tanto al paciente como a su entorno familiar, que debe ajustarse a la nueva situación para lograr algún nivel de equilibrio.

Existe una amplia literatura que refiere al solapamiento característico de la ansiedad y la depresión. El Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM IV (APA, 1994) considera la posibilidad de un trastorno mixto de ansiedad depresión dentro del trastorno de ansiedad no especificado, el cual puede ser provocado por una respuesta desadaptativa ante una situación estresante como lo es el padecimiento de una enfermedad terminal. Álvarez et al. (2001) plantean que los pacientes en tratamiento de hemodiálisis presentan frecuentemente ‘trastornos emocionales adaptativos mixtos’ conformados por la presencia conjunta de ansiedad y depresión.

El total de pacientes que asisten a hemodiálisis en los diferentes hospitales y clínicas que cuentan con dicho servicio y presentan Insuficiencia Renal Crónica tratados a través del procedimiento antes mencionado está conformado por 96 personas, de las cuales, según la muestra y criterios de exclusión es de 91 pacientes. De ellos 48 son hombres correspondiendo a un 52.74% y el 47.25% restante pertenecen al sexo femenino, representado por 43 pacientes.

Al analizar los datos obtenidos por el cuestionario de Beck pre intervención tanatológica el 31.85% de los pacientes se encuentran en un rango de leve perturbación del estado de ánimo y un 14.28% con depresión extrema, dato que llama la atención por su relevancia clínica.

Los resultados post terapia presentan un 37.36% con leve perturbación del estado de ánimo aumentando de 5.49% a 35.16% para altibajos considerados normales y reduciendo la depresión extrema a 0%, que condujo a un aumento del 12.08% para depresión grave.

En el análisis de los datos para detección de ansiedad con el instrumento de Hamilton, se presenta un 100% de pacientes con

ansiedad mayor antes y después de la intervención tanatológica esto debido a que el test evalúa ansiedad psíquica en los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14 y ansiedad somática en los ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13, por lo que no se redujo la molestia en el área física, pero si logrando cambios en lo psicológico.

Los resultados post terapia para la depresión coinciden con un estudio en 2008 de calidad de vida percibida, depresión y ansiedad en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal, donde los niveles entre asintomática y moderados prevalecen.

En otro estudio, Jofré, López, Moreno y Rodríguez (1999) evaluaron a un grupo de pacientes en hemodiálisis, encontrando que 70% manifestó depresión, lo cual a su vez tiene gran impacto con su calidad de vida, dichos resultados difieren con un 14.44% superior con los del presente trabajo antes de la terapia tanatológica.

En un porcentaje importante de pacientes con IRC los niveles de ansiedad estado y de ansiedad rasgo se asociaron positivamente, es decir, que la ansiedad como rasgo de personalidad constituiría una predisposición a desarrollar estados de ansiedad. Estos resultados coinciden con los del estudio realizado por Álvarez et al. (2001) donde los valores correspondientes a la ansiedad rasgo y estado exhibían un alto nivel de correlación positiva en los pacientes hemodializados.

Con respecto a la edad, de los resultados de esta investigación se infiere que mientras mayor edad tienen los enfermos renales crónicos, los niveles de ansiedad estado y depresión aumentan. En estos pacientes, al progresivo deterioro físico de la vejez se suman las limitaciones inherentes a la enfermedad renal crónica y su tratamiento médico, llevando así a una disminución en las actividades cotidianas, sociales y laborales, lo que se relaciona con la visión negativa de sí mismo. En contraposición a lo expuesto, Atencio et al. (2004).

Moreno et al. (2004) afirman que llevar más tiempo en tratamiento de diálisis no se relaciona con la ansiedad. Estos resultados difieren con los del presente estudio, en el cual el grado de ansiedad estado y la cantidad de meses en hemodiálisis correlacionaron negativamente, es decir, en los enfermos renales crónicos hemodializados prevalecieron

los estados ansiosos durante los primeros meses de HD, tal como lo afirmaron Kutner, Fair y Kutner (1985). De estos resultados interpretamos que al transcurrir el tiempo en tratamiento de hemodiálisis estos pacientes manifiestan una disminución en la intensidad y frecuencia de la ansiedad estado, por un proceso de adaptación a la hemodiálisis y a la IRC.

Para finalizar, con esta investigación se intentó contribuir al conocimiento de las problemáticas emocionales más frecuentes en personas que se enfrentan a una enfermedad terminal como la IRC. A partir de los resultados expuestos se plantea la necesidad de realizar estudios longitudinales e implementar terapias tanatológicas para poder observar como la ansiedad y la depresión influyen a largo plazo en la adaptación y adherencia al tratamiento de hemodiálisis.

RECOMENDACIONES

Al haber concluido con la tesis y hacer el análisis de los resultados, fue posible establecer las siguientes recomendaciones:

- ❖ Promover diplomados o especialidades en Tanatología para el personal de Enfermería y médico, para que exista personal capacitado y brindarle a los pacientes terminales Apoyo Tanatológico y las herramientas necesarias para la aceptación de la enfermedad, y el afrontamiento ante la muerte.
- ❖ Crear conciencia al personal de enfermería sobre el beneficio que tiene para el paciente el apoyo emocional.
- ❖ Educar a los familiares acerca de la importancia que tiene para el paciente asistir a las terapias de hemodiálisis acompañado.
- ❖ Crear en los familiares de los pacientes sentimientos de empatía.
- ❖ Favorecer la educación temprana y continua del paciente con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a hemodiálisis o diálisis peritoneal, a su cuidador y a la familia, sobre el conocimiento de la enfermedad, para así mejorar la calidad de vida del mismo.
- ❖ Ofrecer programas de educación sobre la muerte basadas en tanatología, donde tengan la oportunidad de asistir todo el personal de salud, el paciente, su cuidador, familiares, promoverlos en escuelas de Medicina, Enfermería, Psicología y Trabajo Social. Para que todas las personas que están en contacto con el paciente estén preparados para tratar asuntos sobre afrontamiento de la muerte y duelos.

ANEXOS



**ESCUELA DE ENFERMERIA DE
ZAMORA, A. C. INCORPORADA A
LA U.N.A.M. CLAVE 8723**



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION DE TRABAJO DE INVESTIGACION CON FINES DE TITULACION

Nombre del estudio: Presencia de depresión y ansiedad en el paciente con Insuficiencia Renal Crónica antes y después de una intervención tanatológica.

Lugar y fecha de estudio: Hospital General de Zamora, Clínica Hospital San José, Instituto Mexicano Del Seguro Social de Zona no. 4.

Justificación y objetivo de estudio: Identificar los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis antes y después de una intervención tanatológica.

Procedimiento: Aplicar encuestas a los pacientes de las áreas de hemodiálisis de los diferentes hospitales de Zamora para obtener datos sobre el estudio de investigación y posteriormente analizarlos para obtener resultados. Este trabajo de investigación y los resultados obtenidos del mismo serán manejados con confidencialidad y no serán expuestos, por lo cual:

Marque con una “X” en la casilla que más le convenga:

Autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros

Firma de quien obtiene el consentimiento
responsables de la investigación

Firma de los

Esto constituye una guía que deberá completarse de acuerdo a las características propias de cada protocolo de investigación.

Alumnas de 4° año de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

Cazares Cacho Gabriela Berenice
Ruiz Martínez Karen Marilyn

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON			
Nombre del paciente: _____			
Fecha de evaluación _____ Ficha clínica: _____			
1 Ansiedad	Se refiere a la condición de incertidumbre ante el futuro que varía y se expresa desde con preocupación, inseguridad, irritabilidad, aprensión hasta con terror sobrecogedor.		Puntaje
	0	El paciente no está ni más ni menos inseguro o irritable que lo usual	
	1	Es dudoso si el paciente se encuentre más inseguro o irritable que lo usual	

	2	El paciente expresa claramente un estado de ansiedad, aprensión o irritabilidad, que puede ser difícil de controlar. Sin embargo, no interfiere en la vida del paciente, porque sus preocupaciones se refieren a asuntos menores.	
	3	La ansiedad o inseguridad son a veces más difíciles de controlar, porque la preocupación se refiere a lesiones o daños mayores que pueden ocurrir en el futuro. Ej: la ansiedad puede experimentarse como pánico o pavor sobrecogedor. Ocasionalmente ha interferido con la vida diaria del paciente.	
	4	La sensación de pavor está presente con tal frecuencia que interfiere notablemente con la vida cotidiana del paciente.	
2 Tensión	Este ítem incluye la incapacidad de relajación, nerviosismo, tensión corporal, temblor y fatiga.		Puntaje
	0	El paciente no está ni más ni menos tenso que lo usual	
	1	El paciente refiere estar algo más nerviosos y tenso de lo usual	
	2	El paciente expresa claramente ser incapaz de relajarse, tener demasiada inquietud interna difícil de controlar, pero que no interfiere con su vida cotidiana.	
	3	La inquietud interna y el nerviosismo son tan intensos o frecuentes que ocasionalmente han interferido con el trabajo cotidiano del paciente.	

	4	La tensión y el nerviosismo interfieren todo el tiempo con la vida y el trabajo cotidiano del paciente	
3 Miedo	Tipo de ansiedad que surge cuando el paciente se encuentra en situaciones especiales, que pueden ser espacios abiertos o cerrados, hacer fila, subir en un autobús o un tren. El paciente siente alivio evitando esas situaciones. Es importante notar en esta evaluación, si ha existido más ansiedad fóbica en el episodio presente que lo usual.		Puntaje
	0	No se encuentran presentes	
	1	Presencia dudosa	
	2	El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	
	3	Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
	4	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano	

4 Insomnio	Se refiere a la experiencia subjetiva del paciente de la duración del sueño (horas de sueño en un período de 24 horas), la profundidad o ligereza del sueño, y su continuidad o discontinuidad. Nota: la administración de hipnóticos o sedantes no se tomará en cuenta.	Puntaje
---------------	--	---------

	0	Profundidad y duración del sueño usuales	
	1	Es dudoso si la duración del sueño está ligeramente disminuida (ej: dificultad para conciliar el sueño), sin cambios en la profundidad del sueño.	
	2	La profundidad del sueño está también disminuida, con un sueño más superficial. El sueño en general está algo trastornado.	
	3	La duración y la profundidad del sueño están notablemente cambiadas. Los períodos discontinuos de sueño suman pocas horas en un período de 24 horas.	
	4	hay dificultad para evaluar la duración del sueño, ya que es tan ligero que el paciente refiere períodos cortos de adormecimiento, pero nunca sueño real.	
5	Se refiere a las dificultades para concentrarse, para tomar decisiones acerca de asuntos cotidianos y alteraciones de la memoria.		Puntaje
Dificultades en la concentración y la memoria	0	El paciente no tiene ni más ni menos dificultades que lo usual en la concentración y la memoria.	
	1	Es dudoso si el paciente tiene dificultades en la concentración y/o memoria	
	2	Aún con esfuerzo es difícil para el paciente concentrarse en su trabajo diario de rutina.	

	3	Dificultad más pronunciada para concentrarse, en la memoria o en la toma de decisiones. Ej: tiene dificultad para leer un artículo en el periódico o ver un programa de TV completo. Se califica '3', siempre que la dificultad de concentración no influya en la entrevista.	
	4	El paciente muestra durante la entrevista dificultad para concentrarse o en la memoria, y/o toma decisiones con mucha tardanza.	
6 Animo deprimido	Comunicación verbal y no verbal de tristeza, depresión, desaliento, inutilidad y desesperanza.		Puntaje
	0	Animo natural	
	1	Es dudoso si el paciente está más desalentado o triste que lo usual. Ej: el paciente vagamente comenta que está más deprimido que lo usual.	
	2	El paciente está más claramente preocupado por experiencias desagradables, aunque no se siente inútil ni desesperanzado.	
	3	El paciente muestra signos no verbales claros de depresión y/o desesperanza.	
	4	El paciente enfatiza su desaliento y desesperanza y los signos no verbales dominan la entrevista, durante la cual el paciente no puede distraerse.	
7 Síntomas somáticos	Incluyen debilidad, rigidez, hipersensibilidad o dolor franco de localización muscular difusa. Ej: dolor mandibular o del cuello.		
	0	No se encuentran presentes	Puntaje

generales (musculares)	1	Presencia dudosa	
	2	El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	
	3	Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
	4	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano.	

8 Síntomas somáticos generales (sensoriales)	Incluye aumento de la fatigabilidad y debilidad los cuales se constituyen en reales alteraciones de los sentidos. Incluye tinitus, visión borrosa, bochornos y sensación de pinchazos.		Puntaje
	0	No presente	
	1	Es dudoso si las molestias referidas por el paciente son mayores que lo usual.	
	2	La sensación de presión en los oídos alcanza el nivel de zumbido, en los ojos de alteraciones visuales y en la piel de pinchazo o parestesia.	
3	Los síntomas generales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.		

	4	Los síntomas sensoriales generales están presentes la mayor parte del tiempo e interfiere claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
9 Síntomas cardiovascu- lares	Incluye taquicardia, palpitaciones, opresión, dolor torácico, latido de venas y arterias y sensación de desmayo.		Puntaje
	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes	
	2	Los síntomas están presentes pero el paciente los puede controlar.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas cardiovasculares, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral	
	4	Los síntomas cardiovasculares están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
10 Síntomas respiratorios	Incluye sensaciones de constricción o de contracción en la garganta o pecho, disnea que puede llevar a sensación de atoro y respiración suspirosa..		Puntaje
	0	No presente	
	1	Dudosamente presente	
	2	Los síntomas respiratorios están presentes pero el paciente puede controlarlos.	

	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas respiratorios, los cuales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral de él.	
	4	Los síntomas respiratorios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
11 Síntomas gastrointestinales		Incluye dificultades para deglutir, sensación de "vacío en el estómago", dispepsia, ruidos intestinales audibles y diarrea.	Puntaje
	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto a las molestias habituales del paciente).	
	2	Una o más de las molestias descritas arriba están presentes pero el paciente las puede controlar.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas gastrointestinales, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del enfermo (tendencia a no controlar la defecación)	
	4	Los síntomas gastrointestinales están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	

12 Síntomas genito urinarios	Incluye síntomas no orgánicos o psíquicos tales como polaquiuria, irregularidades menstruales, anorgasmia, dispareunia, eyaculación precoz, pérdida de la erección.		Puntaje
	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto de las sensaciones genito urinarias frecuentes del paciente).	
	2	Uno o más de los síntomas mencionados están presentes, pero no interfieren con la vida diaria y laboral del presente.	
	3	El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas genito-urinarios mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.	
4	Los síntomas genito-urinarios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.		
13 Síntomas autonómicos	Incluye sequedad de boca, enrojecimiento facial o palidez, transpiración y mareo.		Puntaje
	0	No se encuentran presentes	
	1	Presencia dudosa	
2	Una o más de las molestias autonómicas descritas más arriba están presentes pero no interfieren con la vida diaria y laboral del paciente.		

	3	El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas autonómicos mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del paciente.	
	4	Los síntomas autonómicos están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
14	Incluye comportamiento del paciente durante la entrevista. ¿Estaba el paciente tenso, nervioso, agitado, impaciente, tembloroso, palido, hiperventilando o transpirando		Puntaje
Conducta durante la entrevista	0	El paciente no parece ansioso	
	1	Es dudoso que el paciente esté ansioso	
	2	El paciente está moderadamente ansioso	
	3	El paciente está claramente ansioso	
	4	El paciente está abrumado por la ansiedad. Tiritando y temblando completamente.	

CUESTIONARIO DE DEPRESION DE BECK

1.Me siento tenso/a o nervioso/a:

- Casi todo el día
- Gran parte del día
- De vez en cuando
- Nunca

2. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

- Ciertamente, igual que antes
- No tanto como antes
- Solamente un poco
- Ya no disfruto con nada

3. Siento una especie de temor, como si algo malo fuera a suceder:

- Sí, y muy intenso
- Sí, pero no muy intenso
- Sí, pero no me preocupa
- No siento nada de eso

4.Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

- Igual que siempre
- Actualmente, algo menos
- Actualmente, mucho menos
- Actualmente, en absoluto

5.Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

- Casi todo el día
- Gran parte del día
- De vez en cuando
- Nunca

6.Me siento alegre:

- Nunca
- Muy pocas veces
- En algunas ocasiones
- Gran parte del día

7.Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:

Siempre

A menudo

Raras veces

Nunca

8.Me siento lento/a y torpe:

Gran parte del día

A menudo

A veces

Nunca

9. Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos” en el estómago:

Nunca

Solo en algunas situaciones

A menudo

Muy a menudo

10.He perdido el interés por mi aspecto personal:

Completamente

No me cuido como debería hacerlo

Es posible que no me cuide como debiera

Me cuido como siempre lo he hecho

11.Me siento inquieto/a, como si no pudiera parar de moverme:

Realmente mucho

Bastante

No mucho

Nunca

12.Espero las cosas con ilusión:

Como siempre

Algo menos que antes

Mucho menos que antes

En absoluto

13. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

Muy a menudo

Con cierta frecuencia

Raramente

Nunca

14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

A menudo

Algunas veces

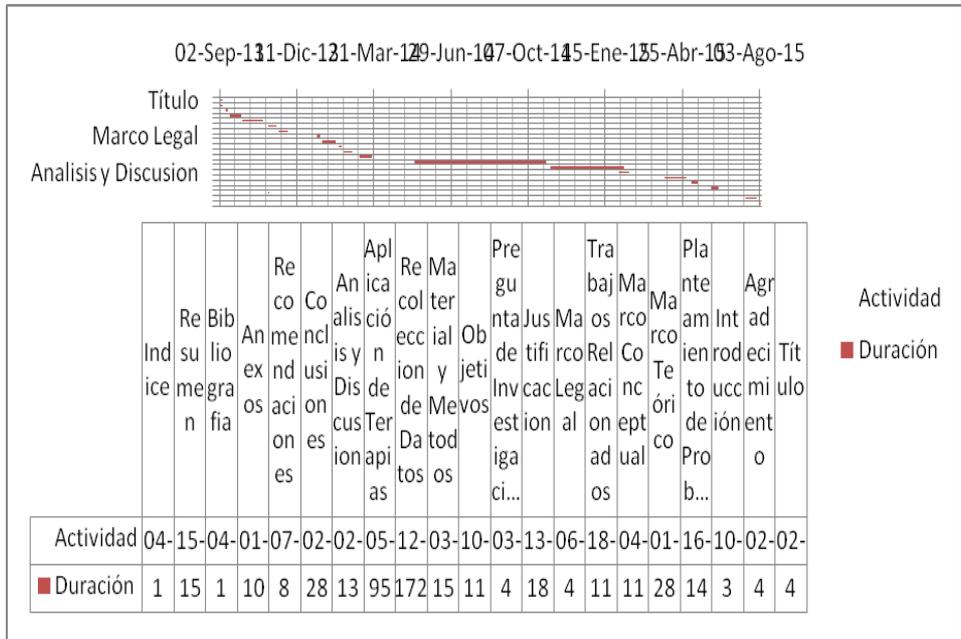
Pocas veces

Casi nunca

ABREVIATURAS:

- HD: Hemodialisis
- IRC: Insuficiencia Renal Cronica
- HAS: Hipertension Arterial Sistemica
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- DM: Diabetes Mellitus
- DP: Dialisis Peritoneal
- BDI: Inventario de Depresion de Beck

DIAGRAMA DE GANTT



GLOSARIO

1. Enfermería: Es la ciencia y el arte de cuidar la salud de un individuo, la familia y la comunidad sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud y a la recuperación (o a una muerte en paz) que podría realizar sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, y hacerlo de tal forma que se le ayude a conseguir la independencia lo más rápido posible. (Florence Nighingale).
2. Cuidado: es la acción de cuidar, preservar, guardar, conservar, asistir. El cuidado implica ayudarse a uno mismo o a otro ser vivo, tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio.
3. Enfermería como ciencia: se considera ciencia porque reúne características sistemáticas de la ciencia, paradigma para dar respuesta a los problemas de la enfermería de acuerdo al momento histórico, con supuestos, normas, método y técnicas que evolucionan, principio de leyes y teorías.
4. Ciencia: la observación, identificación, descripción, investigación experimental y explicación teórica de los fenómenos naturales, se puede definir como la doctrina del conocimiento.
5. Enfermería como arte: se considera arte porque se adapta a cualquier espacio o circunstancias para atender las necesidades básicas de la persona. Se requiere de múltiples y variadas habilidades para adaptarse a las necesidades de las personas.

6. Insuficiencia renal: Esta se refiere al daño temporal o permanente de los riñones que resulta en la pérdida de la función normal de los mismos. Existen dos tipos de Insuficiencia renal aguda, Una de inicio abrupto y potencialmente reversible y otra crónica; la cual progresa lentamente en al menos tres meses y puede terminar en IRC.
7. Insuficiencia Renal aguda: es un deterioro sostenido y brusco de la filtración glomerular que se manifiesta inicialmente por la incapacidad de excretar productos nitrogenados y tendencia a la oliguria. Es potencialmente reversible
8. Insuficiencia renal crónica: es la disminución de la función renal durante mas de tres meses, manifestada en forma indirecta por alteraciones histológicas en la biopsia renal o en forma indirecta por marcadores de daño renal como albuminuria y proteinuria, alteración en el sedimento urinario (cilindros, hematuria, células epiteliales,etc), alteraciones en pruebas de imagen(riñones poliquísticos, hidronefrosis, disminución del tamaño renal), la tasa de filtración glomerular es el mejor índice para medir la función renal, cuando es menor a $60 \text{ ml/min/1.73m}^2\text{sc}$ durante un tiempo mayor o igual a 3 meses, con o sin daño renal (Guidelines).
9. Depresión: Período de al menos dos semanas durante el cual hay un estado de ánimo triste o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. El sujeto también debe experimentar al menos cuatro de los síntomas siguientes Cambios en el apetito o en el peso, en el sueño y en la actividad psicomotora, falta de energía; sentimientos de minusvalía, dificultad para concentrarse y pensamientos recurrentes de muerte o ideación o intentos suicidas (Aliño L, 2002).
10. Ansiedad: es una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenazas reales o

imaginarias a la propia existencia que pueden desencadenarse por estímulos ambientales o situacionales.

11. Ansiedad ante la muerte: esta conformada por la anticipación de las alteraciones físicas, reales o imaginarias, asociadas a las enfermedades graves, a la percepción sobre la limitación del tiempo y por la preocupación del dolor que puede acompañar a la enfermedad y a la muerte.
12. Terapia de hemodiálisis (HD): Es una terapia sustitutiva renal que consiste en utilizar un circuito extracorpóreo para eliminar sustancias tóxicas y exceso de líquido, la sangre se pone en contacto con el líquido de diálisis, a través de una membrana semipermeable. El movimiento de sustancias y agua ocurre por procesos de difusión, convección y ultrafiltración. La HD requiere establecer de manera temprana un acceso vascular que permita la entrada y salida de sangre.
13. Diálisis peritoneal (DP): procedimiento que permite depurar líquidos y electrolitos en pacientes con daño renal, utiliza una membrana natural, el peritoneo como filtro. El fluido de diálisis se introduce en la cavidad peritoneal a través de un catéter que previamente se implantó en el abdomen en forma permanente.
14. Hipertensión Arterial: es una elevación sostenida de la presión arterial ≥ 140 mm de Hg (sistólica) o ≥ 90 mm de Hg, alteraciones del lecho vascular y alteraciones funcionales de los tejidos afectados.
15. Diabetes mellitus (DM): Conjunto de trastornos metabólicos, que comparten la característica común de presentar hiperglucemia, la American Diabetes Association clasifica la DM en tres tipos: DM I: en la que existe una destrucción total

de las células b, lo que conlleva a una deficiencia absoluta de insulina, DM II o no insulino dependientes, es generada como consecuencia de un defecto progresivo en la secreción de insulina, así como el antecedente de resistencia periférica a la misma y la Diabetes Gestacional: diagnosticada durante el embarazo, siendo la principal la baja producción de hormona de insulina, secretada por las células b de los islotes de Langerhans del páncreas endocrino, o por su inadecuado uso por parte del cuerpo, que repercutirá en el metabolismo de los hidratos de carbono, lípidos y proteínas.

16. La muerte: es la interrupción de la vida, indicando según la Ley General de Salud por la ausencia completa y permanente de conciencia, la falta permanente de respiración espontánea, la ausencia de percepción y respuesta a los estímulos externos; la falta de los reflejos medulares, la atonía de todos los músculos, el término de la regulación fisiológica de la temperatura corporal, el paro cardíaco irreversible, la ausencia total de la actividad cerebral y el resto del sistema nervioso.
17. Necesidades emocionales humanas: son una sensación provocada por la idea de que nos falta algo, en este caso sentimental, que la persona considera vital para sentirse bien consigo misma y con su entorno. La verdadera necesidad del hombre del ser escuchado, no como paciente tumbado en una cama, sino como un alma humana en busca del sentido de su existencia.
18. Tanatología: deriva de griego thanatos que significa muerte y logos que significa estudio o tratado, es la ciencia de la muerte y sus manifestaciones, es decir; es la disciplina encargada de encontrar sentido al proceso de la muerte, con un método científico que la ha convertido en un arte y en una especialidad. Su objetivo principal está centrado en proporcionar calidad de vida al enfermo terminal, buscando

que sus últimos días transcurran de la mejor forma posible, fomentando el equilibrio de y entre los familiares.

19. Enfermedad terminal: es una enfermedad avanzada, progresiva e incurable con muy poca capacidad de respuesta o casi nula al tratamiento específico, aquí el enfermo terminal tiene un declive acelerado en su estado de salud, para culminar con la muerte. Con un pronóstico de vida casi inferior a seis meses.
20. Duelo: es el proceso de adaptación emocional que sigue a cualquier pérdida, convencionalmente se ha enfocado la respuesta emocional de la pérdida, el duelo también tiene una dimensión física, cognitiva, filosófica y de la conducta que es vital en el comportamiento humano.

BIBLIOGRAFÍA

Evaluating Psychiatric Morbidity in a General Hospital: A Two Phase Epidemiological Survey. (1999). *Psychol Med* , 29:823-32.

al, H. J. (1968). *Nephrology.WB* . Philapdelphia USA : Saunder Company .

al., K. E. (1985). Psychological aspects of patients on hemodialysis. En *Singapore Medical Journal* (págs. 259-261).

Aliño L, J. V. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona, España: Masson.

Alonso, M. L. (2005). Competencia y productividad laboral de pacientes en control con diálisis automatizada. *Boletín Salud en elTrabajo, IMSS* , 8 (47), 1-2.

American Psychiatric Association. . (2000). Washington: Handbook of Psychiatric Measures.

(1995). American PsychiatricAssociation DSM IV. . En *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.

Baer L, C. P. (1995). Pilot studios of telemedicine for patients with onsessive compulsive disorder.*Am J Psychiatry*.

Beck AT, S. R. (1991). Relationship between the Beck Anxiety Inventory and the Hamilton Anxiety Rating Scale with anxious outpatients. *J of Anxiety Disorders*.

(1991). Beck AT, Steer RA. Relationship between the Beck Anxiety Inventory and the Hamilton Anxiety Rating Scale with anxious outpatients. . *J of Anxiety Disorders*, .

Blumenfield M, S. J. (2006). *Blumenfield M, Strain J. Renal Disease. En: Blumenfield M, Strain J, 12 C, editors. Psychosomatic Medicine.Falta la edicion ed. Falta ciudad: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 157-75. Lippincott Williams & Wilkins: Psychosomatic Medicine p. 157-75.*

Brenner B, C. F. (1988). En *Nefrología Médica* (págs. 293-294). Argentina: Panamericana.

Brickman AL, Y. S.-N. (1996). En *Pathogenesis of cognitive complaints in patients on hemodialysis. General Hospital Psychiatry*. (págs. 36-43).

C, C. (1990). Depresión and self perception in chronic hemodialysis patients. . *General Chirurgical*.

C., H. (1997). International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale: a review of validation data and clinical results. *J Psychosom Res* .

Charalampous KD, F. K. (1974). A double-blind controlled study of loxapine succinate in the treatment of anxiety neuroses. . *J ClinPharmacol* .

Chilcot J, W. D.-S. (2008). Depression on Dialysis. En *Nephron ClinPract* (págs. 108:256-64.).

Clark DA, S. R. (1994). Common and specific dimensions of self-reported anxiety and depression: implications for the cognitive and tripartite models. . *J AbnormPsychol*.

CM, G. (1995). Health related quality of life in endstage renal failure. *Quality of Life Research: an International*.

Conde V, F. J. (1984). Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos. . Madrid: Madrid: Laboratorios Upjohn.

Detecting psychiatric morbidity after stroke: comparison of the GHQ and the HAD Scale. (1998). 980-985.

Dowell AC, B. L. (1990). Problems in using the hospital anxiety and depression scale for screening patients in general practice. . En *Br J Gen Pract* (págs. 40: 27-28.).

F., V. (2007). *Incidencia de la insuficiencia renal cronica en el pais*. Recuperado el 26 de Abril de 2006, de [Http://www.drfernandovasquez.com/articulos_4.htm](http://www.drfernandovasquez.com/articulos_4.htm)

Fabre LF, M. A. (1978). Double-blind comparison of ketazolam administered once a day with diazepam and placebo in anxious out-patients. . En *Curr Therapeutic Research* (págs. 24(8): 875-83).

Gjerris A, B. P. (1983). The Hamilton Anxiety Scale. Evaluation of homogeneity and inter-observer reliability in patients with depressive disorders. En *Journal of Affective Disorders* (págs. 5: 163-70).

Gjerris A, B. P. (1983). The Hamilton Anxiety Scale. Evaluation of Homogeneity Inter-observer Reliability in Patients with Depressive Disorders. En *Journal of Affective Disorders* (págs. 163-70).

Guidelines, N. K. Definition and Classification of Stages of Chronic Kidney Disease. En *Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease*.

H, K. L. (1985). En *Psiquiatría Clínica* (págs. 391, 544). 6ª. Edición en Español. Interamericana.México.

Hall A, A. R. (1999). Are we using appropriate self-report questionnaires for detecting anxiety and depression in women with early breast cancer? *Eur J Cancer* .

Johson G, B. P. (1995). *Acta Psychiatrica Scand . Screening instruments for depression and anxiety following stroke: experience in the Perth community stroke study. ,* (págs. 91: 252-257).

Kellner R, K. A. (1968). The assessment of changes in anxiety in a drug trial: a comparison of methods.

Kimmel PL, T. M. (1998). *American Journal Medicine. Psychiatric illness in patients with end-stage renal disease. ,* 105 (3): 214.-221.

Kobak KA, R. W. (1993). Development and validation of a computer-administered version of the Hamilton Anxiety Scale. En *Psychological Assessment* (págs. 5: 487-92.).

Kurella M, K. P. (2005). Suicide in the United States End-stage Renal Disease Program. *J Am Soc Nephrol* , 16:774-81.

Le Fevre P, D. J. (1999). Screening for psychiatric illness in the palliative care inpatient setting: a comparison between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the General Health.

Lewis G, W. S. (1990). Lewis G, Wessely S. Comparison of the General Health Questionnaire and the Hospital Anxiety and Depression Scale.

(1982). Lipman RS. Differentiating anxiety and depression in anxiety disorders: use of rating scales. *Psychopharmacol Bull*.

Lisspers J, N. A. (1997). Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD): some psychometric data for a Swedish sample. . *Acta Psychiatr Scand* , (págs. 96: 281-286).

Lozano, C. O. (1990). *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr . Estudio clínico abierto de la eficacia y seguridad del halazepam en los trastornos de ansiedad. ,* (págs. 18(4): 205-12).

M., B. (1987). Methodological investigation of the Hamilton Anxiety Scale. En *Pharmacopsychiat* (págs. 20: 249-55).

Maier W, B. R. (1988). The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. 1988;. En *J Affect Disor* (págs. 14: 61-8.).

Maier W, B. R. (1988). The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. En *Journal of Affective Disorders* (págs. 14: 61-8).

Maier W, B. R. (1988). The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity, and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders.

N., K. B. (1997). *Scandinavian Journal Caring Scientific. En Well-being and functional ability in uraemic patients before and after having started dialysis treatment.* (págs. 159-166).

P., B. (1993). *Rating Scales for Psychopathology, Health Status and Quality of Life.* Ed Springer-Verlag Berlin Heidelberg. . New York.

PH., S. (1991). Is anhedonia a good measure of depression. *Acta Psychiatr Scand* , (págs. 83: 249-250.).

PH., S. (1994). Poor efficacy of the Hospital Anxiety and Depression scale in the diagnosis of major depressive disorder in both medical and psychiatric patients.

PL, K. (2000). *Psychosocial factors in adult endstage renal disease patients treated with hemodiálisis: correlates and outcomes*. American Journal Kidney Disease 35 (4): 132-140.

Riskind JH, B. A. (1987). Taking the measure of anxiety and depression: validity of the reconstructed Hamilton Scales. *J Nerv Ment Dis*.

Sang-Kyu L, H.-S.-B. L.-H.-R.-K.-K. (2004). The Effects of Antidepressant Treatment on Serum Cytokines and Nutritional Status in Hemodialysis Patients. *J Korean Med Sci* , 19:384-9.

Sheikh A, H. B. (2000). Psychological morbidity in general practice managers: a descriptive and explanatory study. Sheikh A, Hurwitz B. Psychological morbidity in general practice managers: a descriptive and explanatory study. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 203-206.

Shulman R, P. J. (1989). Biopsychosocial Aspects of Long-Term Survival on Endstage Renal Failure Therapy. *Psychol Med* , 19:945-54.

Spinoven PH, O. J. (1997). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychol Med*

(1986). Tejero A, Guimerá EM, Farré JM et al. . En *Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez*. (págs. 13: 233-238). Rev Depto Psiquiatría Facultad de Med Barna.

Thompson C, K. A. (2000). Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care. En *Thompson C, Kinmonth AL, Stevens L et al. Effects of a*

clinical-practice guideline and practice-based education on detecHampshire Depression Project randomised controlled trial. (págs. 355: 185-191.). .

Trastornos depresivos en pacientes de una Unidad de Hemodiálisis. . (1998). *Acta MédicaColombiana. 23*, (págs. 58-61).

Upadhyaya AK, S. I. (1997). Detection of depression in primary care: comparison of two self-administred scales. *Int J Geriatr Psychiatry* , 12: 35-37.

Wulsin LR, V. G. (1999). A Systematic Review of the Mortality of Depression. *Psychosom Med* , 61:6-17.