



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA**  
**RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL**

**INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA PACIENTES  
RECUPERADOS DE COVID-19 CON LESIÓN RENAL AGUDA  
Y SUS CUIDADORES**

TESIS  
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:  
**MAESTRA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:  
**LILIAN MARGARITA GONZÁLEZ AVILÉS**

TUTOR PRINCIPAL:  
DRA. NANCY PATRICIA CABALLERO SUÁREZ  
*Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*

MIEMBROS DEL COMITÉ:  
DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA  
*Facultad de Psicología, UNAM*  
DRA. REBECA ROBLES GARCÍA  
*Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz*  
DR. EDGAR LANDA RAMÍREZ  
*Facultad de Psicología, UNAM*  
DRA. AIME EDITH MARTÍNEZ BASURTO  
*Facultad de Psicología, UNAM*

Ciudad Universitaria, CD. MX., octubre, 2022



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.

## **AGRADECIMIENTOS**

*A la UNAM, en la que he adquirido experiencias académicas y personales gratificantes. Agradezco también a CONACYT por el apoyo para la realización de este proyecto.*

*Al INER que me abrió sus puertas, reconozco con admiración el trabajo extraordinario que se ha realizado durante la pandemia en este Instituto.*

*A mi tutora, la Dra. Nancy Caballero, por guiarme en todo momento. Su conocimiento y experiencia han sido piezas elementales para la elaboración de este proyecto. La responsabilidad, compromiso y calidez que la caracterizan me hicieron sentir siempre acompañada y apoyada. La admiro mucho.*

*Al Dr. Edgar Landa, por confiar en mí, por sus enseñanzas y por su compromiso. Sin duda, conocerlo ha sido fundamental para motivar mi interés hacia la investigación y el compromiso con la buena práctica de la Psicología.*

*Al Dr. Juan José Sánchez, por su retroalimentación constante y por sus consejos para mejorar este proyecto.*

*A la Dra. Rebe Robles, por integrarme a su seminario y darme la oportunidad de nutrir mi trabajo con su retroalimentación y la de mis compañeros. Gracias por su atención y calidez.*

*A la Dra. Aime Martínez, por las recomendaciones para la elaboración de este trabajo, por su apoyo y por continuar siendo parte de mi formación profesional.*

*Al Dr. Jesús Rivero, por confiar en mí e integrarme a su equipo de trabajo, reconociendo la importancia de la atención psicológica para sus pacientes. Su apoyo, junto con el de la Licenciada Janella Mora, el Dr. Marcos Nava y la Dra. María Rodríguez, fueron vitales para la realización de este proyecto. Gracias por sus enseñanzas, por procurarme y por todas las experiencias compartidas.*

*Al Nefroteam, que se conforma de personas comprometidas siempre con el bienestar de los pacientes, y de los cuales he aprendido muchas cosas, sobre todo a cuidar y a amar a mis riñones.*

*A mis padres Enrique y Enriqueta y a mi hermana Edith, porque sus cuidados, consejos, escucha y compañía han sido esenciales para lograr los objetivos a lo largo de mi vida.*

*A Isaac, mi compañero de vida, por estar para mí en los momentos más turbios y en los más gratos. Valoro mucho tus enseñanzas, tu apoyo y tu cariño. Continuamos caminando juntos haciendo los sueños cada vez más tangibles, gracias.*

*A Karen, por escucharme y aconsejarme en momentos difíciles y por celebrar conmigo los afortunados. Gracias por tu cariño, por confiar en mí y por tu amistad sincera.*

*A Thalía, aprecio mucho haber coincidido contigo. Gracias por todo lo que compartimos y por estar para mí; sin duda, tu amistad es una de las cosas más valiosas que me llevo del INER.*

*A Elisa y a Mario, por acompañarme, por todas las experiencias vividas en el hospital, y por su esfuerzo y paciencia en el nuevo Servicio de Psiconefrología.*

*A los sobrevivientes de cuidados críticos y sus cuidadores que me permitieron acercarme y proporcionarles apoyo, pero también de los que aprendí bastante.*

## Índice

Lista de tablas y figuras .....	7
Resumen.....	8
Abstract.....	9
Introducción .....	10
Antecedentes .....	12
COVID-19 y Lesión Renal Aguda .....	12
Afectaciones psicológicas .....	13
El Cuidador Primario Informal .....	15
Intervenciones psicológicas.....	16
Planteamiento del problema.....	18
Justificación.....	18
Preguntas de investigación .....	19
Estudio 1: Afectaciones psicológicas en pacientes recuperados de COVID-19 con LRA y sus CPI .....	20
Objetivos.....	20
Objetivo general .....	20
Objetivos específicos.....	20
Hipótesis .....	20
Método .....	21
Diseño.....	21
Participantes .....	21
<i>Criterios de inclusión</i> .....	21
<i>Criterios de exclusión</i> .....	21
<i>Criterios de eliminación</i> .....	21
Pacientes.....	22
Cuidadores Primarios Informales (CPI).....	22
VARIABLES e instrumentos .....	26
<i>Sintomatología ansiosa</i> .....	26
<i>Sintomatología depresiva</i> .....	26
<i>Registro de percepción de síntomas de ansiedad y tristeza</i> .....	27
Escenario .....	27

Procedimiento.....	27
<i>Consideraciones éticas</i> .....	29
Análisis estadístico .....	30
Resultados .....	31
Discusión.....	34
Conclusión .....	38
Estudio 2. Eficacia de una intervención psicológica a distancia para pacientes recuperados de COVID-19 con LRA y sus CPI .....	39
Objetivos .....	39
Objetivo general .....	39
Objetivos específicos.....	39
Hipótesis .....	39
Método .....	40
Diseño.....	40
Participantes .....	40
<i>Criterios de inclusión</i> .....	40
<i>Criterios de exclusión</i> .....	40
<i>Criterios de eliminación</i> .....	41
Pacientes.....	41
Cuidadores primarios informales (CPI) .....	42
Materiales .....	43
<i>Manual de Terapia Cognitivo Conductual para el tratamiento de las afectaciones psicológicas de sobrevivientes de cuidados críticos y sus CPI</i> .....	43
Variables e instrumentos .....	44
<i>Cuestionario del uso y utilidad percibida de las técnicas</i> .....	44
Escenario .....	44
Procedimiento.....	44
<i>Intervención psicológica vía telefónica</i> .....	45
Análisis estadístico.....	49
<i>GAD-7 y PHQ-9</i> .....	49
<i>Auto registro de síntomas de ansiedad y tristeza</i> .....	50
Resultados .....	51
Instrumentos psicométricos: GAD-7 y PHQ-9 .....	51
<i>Tamaño del efecto. Cambio Clínico Objetivo de Cardiel (CCO)</i> .....	53
Auto registros de percepción de síntomas de ansiedad y tristeza .....	54

<i>Paciente 2</i> .....	55
<i>Paciente 13</i> .....	56
<i>Paciente 17</i> .....	57
<i>Paciente 30</i> .....	58
<i>Paciente 33</i> .....	59
<i>Paciente 44</i> .....	60
<i>CPI 15</i> .....	61
<i>Tamaño del efecto clínico</i> .....	62
Uso y percepción de la utilidad de las técnicas .....	63
Resumen de resultados individuales .....	63
Discusión.....	66
Limitaciones y recomendaciones .....	68
Bondades y aportaciones .....	69
Conclusión general.....	70
Referencias.....	71
Anexos .....	86
Anexo 1. Consentimiento informado .....	86
Anexo 2. Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) .....	88
Anexo 3. Patient Health Questionnaire (PHQ-9) .....	89
Anexo 4. Registro de percepción de síntomas de ansiedad y depresión .....	90
Anexo 5. Manual .....	91
Anexo 6. Cuestionario del uso y percepción de utilidad de las técnicas.....	115
Anexo 7. Plantillas utilizadas en la intervención psicológica .....	116

## Lista de tablas y figuras

<b>Tabla 1.</b> Datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes.....	23
<b>Tabla 2.</b> Datos de hospitalización de los pacientes.....	24
<b>Tabla 3.</b> Datos sociodemográficos y clínicos de los CPI.....	25
<b>Tabla 4.</b> Participantes con puntuaciones de ansiedad o depresión en nivel moderado-grave .....	33
<b>Tabla 5.</b> Datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes que recibieron la intervención psicológica.....	42
<b>Tabla 6.</b> Datos sociodemográficos y clínicos de los CPI que recibieron la intervención psicológica.....	43
<b>Tabla 7.</b> Componentes de las sesiones de intervención.....	47
<b>Tabla 8.</b> Cambio Clínico Objetivo (CCO) en PHQ-9 y GAD-7.....	53
<b>Tabla 9.</b> Nivel de síntomas de ansiedad y tristeza en línea base (LB) e intervención.....	54
<b>Figura 1.</b> Esquema general del procedimiento del Estudio 1.....	29
<b>Figura 2.</b> Síntomas de ansiedad y depresión en pacientes y CPI.....	32
<b>Figura 3.</b> Flujograma de participantes que se seleccionaron para recibir la intervención psicológica.....	32
<b>Figura 4.</b> Flujograma para la implementación de los módulos que conforman la intervención...	46
<b>Figura 5.</b> Sintomatología ansiosa (GAD-7) a lo largo de las mediciones.....	52
<b>Figura 6.</b> Sintomatología depresiva (PHQ-9) a lo largo de las mediciones.....	52
<b>Figura 7.</b> Sintomatología ansiosa y tristeza a lo largo de las mediciones del paciente 2.....	55
<b>Figura 8.</b> Sintomatología ansiosa y tristeza a lo largo de las mediciones del paciente 13.....	56
<b>Figura 9.</b> Sintomatología ansiosa y tristeza a lo largo de las mediciones del paciente 17.....	57
<b>Figura 10.</b> Sintomatología ansiosa y tristeza a lo largo de las mediciones del paciente 30.....	58
<b>Figura 11.</b> Sintomatología ansiosa y tristeza a lo largo de las mediciones del paciente 33.....	59
<b>Figura 12.</b> Sintomatología ansiosa y tristeza a lo largo de las mediciones del paciente 44.....	60
<b>Figura 13.</b> Sintomatología ansiosa y tristeza a lo largo de las mediciones del CPI 15.....	61

## Resumen

**Introducción:** Se desconoce la frecuencia de las condiciones psicológicas en pacientes recuperados de COVID-19 con lesión renal aguda (LRA) y sus cuidadores primarios informales (CPI), así como el efecto de la terapia psicológica en esta población. **Objetivo:** Determinar la efectividad de una intervención psicológica breve vía telefónica para disminuir los síntomas ansiosos y depresivos de sobrevivientes de COVID-19 que sufrieron LRA durante su hospitalización y de sus CPI. **Método:** Diseño intrasujetos A-B con seguimiento. Se utilizó el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) y la Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) para detectar síntomas depresivos y de ansiedad respectivamente en los pacientes y sus CPI una semana después del alta hospitalaria. Aquellos con síntomas moderados o graves (puntuación  $\geq 10$ ) recibieron Terapia Cognitivo Conductual (TCC) a distancia y fueron evaluados a lo largo del tiempo con los instrumentos y con un auto registro diario de síntomas. **Resultados:** Se incluyeron 50 pacientes y 48 CPI. En los pacientes la frecuencia de síntomas de ansiedad fue de 36% y de síntomas depresivos 16%, mientras que en los CPI fue de 39.58% y 31.25%, respectivamente. Se identificaron 15 participantes con síntomas moderados o graves de ansiedad o depresión, de los cuales, seis pacientes y un CPI completaron la intervención psicológica con una disminución de los niveles de ansiedad ( $10.67 \pm 2.65$  vs.  $3.00 \pm 1.41$ ,  $\chi^2=9.89$ ,  $p<0.05$ ,  $r_{bis}=0.87$ ) y depresión ( $6.83 \pm 2.48$  vs.  $2.00 \pm 1.54$ ,  $\chi^2=9.54$ ,  $p<0.05$ ,  $r_{bis}=0.76$ ). Se estimaron tamaños del efecto de moderados a fuertes en los registros de ansiedad y de débiles a fuertes en depresión. **Conclusión:** La frecuencia de los síntomas de ansiedad de los pacientes y la frecuencia de los síntomas de ansiedad y depresión de los CPI fue similar a la informada en la literatura. Hubo una mejoría de las afectaciones psicológicas con la TCC remota. Son necesarios estudios adicionales que confirmen los hallazgos.

**Palabras clave:** Lesión Renal Aguda; COVID-19; Ansiedad; Depresión; Cuidador Primario Informal

## Abstract

**Introduction:** Frequency of psychological conditions in recovered COVID-19 patients with acute kidney injury (AKI) and their informal primary caregivers (IPC) is unknown, as well as the effect of psychological therapy in this population. **Objective:** This study was conducted to determine the effectiveness of a brief psychological intervention via telephone to reduce the anxious and depressive symptoms of COVID-19 survivors who suffered from AKI during their hospitalization, as well as their IPC. **Method:** It was a within-subject design A-B with follow-up. We used the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) and the General Anxiety Disorder Scale-7 (GAD-7) to screen for depressive and anxiety symptoms respectively in patients and their IPC one week after hospital discharge. Those with moderate or severe symptoms ( $\geq 10$  scores) received remote Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and were evaluated over time with the instruments and with a daily self-report of symptoms. **Results:** A total of 50 patients and 48 IPC were included. Frequency of anxiety and depression symptoms in patients were 36% and 16% respectively and 39.58% and 31.25% for IPC, 15 participants were identified with moderate or severe symptoms of anxiety or depression, of which six patients and one IPC completed the psychological intervention with a decrease in levels of anxiety ( $10.67 \pm 2.65$  vs.  $3.00 \pm 1.41$ ,  $\chi^2=9.89$ ,  $p<0.05$ ,  $r_{bis}=0.87$ ) and depression ( $6.83 \pm 2.48$  vs.  $2.00 \pm 1.54$ ,  $\chi^2=9.54$ ,  $p<0.05$ ,  $r_{bis}=0.76$ ) symptoms. We found moderate to strong effect sizes in records for anxiety and weak to strong effect sizes for depression. **Conclusion:** Frequency of patient with anxiety symptoms and frequency of IPC with anxiety and depression symptoms were similar to that reported in the literature. There was an improvement of psychological symptoms with remote CBT intervention. Additional studies are needed to confirm the findings.

**Key words.** Acute Kidney Disease; COVID-19; Anxiety; Depression; Primary Caregiver

## Introducción

La COVID-19 es una enfermedad respiratoria causada por el virus SARS-CoV-2 de la gran familia de los coronavirus (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021), fue identificada por primera vez en China en diciembre del 2019, y en marzo del 2020 fue catalogada como pandemia por la OMS. En México, el primer caso fue detectado en febrero del 2020, desde entonces hasta comienzos del 2022, ha habido 4,029,274 de casos confirmados, 299,842 defunciones y 3,321,906 recuperaciones. Desde el inicio de la pandemia se ha presentado un incremento significativo en las afectaciones mentales de la población en general, incluidos los trastornos de depresión y de ansiedad con un aumento de 27.6% y 25.6%, respectivamente, lo cual es preocupante debido a que dichos trastornos ya eran considerados causas importantes de discapacidad alrededor del mundo (Taquet et al., 2021b). La investigación se ha enfocado en las afectaciones psicológicas de la población en general, de los pacientes con COVID-19 y del personal de salud (Szcześniak et al., 2021). Sin embargo, menos se sabe respecto a las condiciones psicológicas de los pacientes recuperados de COVID-19 que estuvieron hospitalizados en cuidados críticos debido a la gravedad de los síntomas, aun cuando se sugiere que podrían cursar con trastornos psicológicos con mayor frecuencia que las personas que no tuvieron que ser hospitalizadas (Cénat et al., 2021; Jamali et al., 2021).

En los pacientes tratados en cuidados intensivos, las complicaciones y el daño multiorgánico son comunes; específicamente, en los pacientes con COVID-19 se ha documentado la incidencia de lesión renal aguda (LRA), la cual es una afectación abrupta del funcionamiento de los riñones, en la que no es posible filtrar los productos de desecho de la sangre (Gaínza, 2017). La LRA es un indicador de mal pronóstico, los pacientes que logran sobrevivir tienen más complicaciones en su recuperación que los que no la desarrollaron (Hoste & De Corte; Kanbay et al., 2022; Mayer et al., 2022; Sabaghian et al., 2022). Dentro del campo de la Nefrología han sido ampliamente estudiadas las afectaciones psicológicas del paciente con Enfermedad Renal Crónica, no obstante, la literatura es escasa cuando se habla de LRA, encontrándose únicamente tres estudios sobre los síntomas de ansiedad y depresión en dichos pacientes (Attia et al., 2021; Mayer et al., 2022; Paddle et al. 2014), lo anterior, a pesar de la conocida afectación del sistema nervioso como consecuencia de dicho daño renal (Kanbay et al., 2022; Sabaghian et al., 2022).

Los familiares de los pacientes que egresan de cuidados críticos por COVID-19 asumen el rol de cuidador primario informal (CPI), se encontró un solo estudio en el que se evaluaron las alteraciones emocionales de esta población (Heesakkers et al., 2022). Se considera relevante la evaluación de los CPI además de sus pacientes, ya que, diversos autores han señalado que los CPI de pacientes recuperados de cuidados críticos por enfermedades diferentes a COVID-19 presentan problemas emocionales significativos durante el cuidado que brindan, relacionados con la incertidumbre respecto a la condición de su paciente y su pronóstico, la ansiedad por perderlo, cambios en los roles dentro de la familia, preocupaciones sobre el futuro y sobre cómo lidiar con

los cuidados médicos, pérdida de empleo, problemas económicos e interferencia de la enfermedad de sus seres queridos en sus estilos de vida (Beusekom et al., 2016; Czeisler, et al., 2021; Delva et al., 2002; Labuzetta et al., 2019; Naef et al., 2021; Paul & Rattray, 2008; Sharma, et al., 2020).

Con base en lo anterior, se sugiere que podrían presentarse alteraciones psicológicas en sobrevivientes de cuidados críticos por COVID-19 que cursaron con LRA y en sus CPI, los cuales podrían beneficiarse de una terapia psicológica a distancia que contribuya en su recuperación. Así, la población blanco de este estudio, representa un campo poco explorado.

La primera parte de este trabajo corresponde a los antecedentes, en donde se da una breve descripción de la relación de la COVID-19 y el desarrollo de LRA en los pacientes hospitalizados en cuidados críticos; se mencionan las afectaciones físicas y psicológicas al egreso hospitalario y el papel de CPI que asumen los familiares del paciente, así como las afectaciones psicológicas que pueden desarrollar como consecuencia del cuidado que ofrecen. Se describen las intervenciones psicológicas que se han implementado para los pacientes en cuidados críticos, para los pacientes que tuvieron COVID-19 sin ser hospitalizados y las dirigidas a sus CPI. Con base en dichos antecedentes, se plantea el problema de investigación, el cual se divide en dos Estudios: en primer lugar, se busca responder si los pacientes recuperados de COVID-19 que cursaron con LRA y sus CPI presentan sintomatología ansiosa y/o depresiva, y, en segundo lugar, se desea responder si una intervención cognitivo conductual vía telefónica es efectiva para los pacientes y/o CPI que tuvieron sintomatología significativa en el Estudio anterior. Para cada uno de los Estudios se plantean los objetivos, las hipótesis y el método, finalizando con la explicación de los resultados, la discusión, las aportaciones y las limitaciones, además de una conclusión general de la investigación.

## Antecedentes

### COVID-19 y Lesión Renal Aguda

La COVID-19 es una enfermedad respiratoria causada por el virus SARS-CoV-2 de la gran familia de los coronavirus que infecta a seres humanos y a algunos animales (OMS, 2021). El 50.37% de los casos corresponde al sexo femenino, y las principales comorbilidades que han presentado las personas contagiadas, son: hipertensión en un 14.32%, obesidad en un 12%, diabetes en un 11% y tabaquismo en un 6.55% (Secretaría de Salud, 2022), las cuales son factores de riesgo para una presentación clínica grave de COVID-19 (Plasencia et al., 2020). Aunque comúnmente los síntomas de la enfermedad son leves y las personas se recuperan sin necesidad de recibir tratamiento hospitalario, se ha informado que, debido a la gravedad de los síntomas, el 20% es hospitalizado y entre el 5% y el 11.5% requiere cuidados intensivos por más de dos semanas (OMS, 2021; Tingey, et al., 2020).

Comúnmente, las personas en cuidados intensivos presentan la afectación de múltiples órganos y sistemas, incluido el sistema cardiovascular, el tracto gastrointestinal, el sistema nervioso y el sistema renal (Francisco et al., 2020; Jaywant et al., 2021). Respecto a este último sistema, la lesión renal aguda (LRA), definida como la disminución repentina de la capacidad de los riñones para filtrar productos de desecho de la sangre, desarrollada en horas o en días (Gaínza, 2017), es una de las complicaciones más comunes en pacientes críticamente enfermos con COVID-19 (Sullivan et al., 2022). La LRA tiene una incidencia de hasta el 60%, se considera un marcador de gravedad de la enfermedad (Casas et al., 2021; Francisco et al., 2020; Hirsch et al., 2020; Kho et al., 2022; Mayer et al., 2022) y representa un factor de pronóstico negativo para la supervivencia, ya que, entre el 35% y el 90% de las personas con esta afectación fallece (Kellum et al., 2020). Los factores de riesgo para desarrollar LRA incluyen edad avanzada, diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular, hipertensión, necesidad de apoyo respiratorio con ventilación mecánica y medicamentos vasopresores. La mayoría de los casos son de leves a moderados, con necesidad de diálisis entre el 5% y el 39% (Francisco et al., 2020; Gaínza, 2020).

Según datos del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas” (INER), uno de los principales centros de atención a población con COVID-19 en México, hasta mediados del 2021, más de 2,000 pacientes graves fueron hospitalizados durante la pandemia; aproximadamente el 60% presentó deterioro de la función renal de leve a moderado, y de ellos, el 60% falleció. En este mismo Instituto se reportó que la mortalidad dependía del nivel de LRA, entre más avanzado, mayor mortalidad: LRA I 25%, LRA II 68% y LRA III 79% (Casas et al., 2021).

De los pacientes que sobreviven, el 5% a su egreso hospitalario continua con requerimiento de hemodiálisis (Líderes Médicos, 2021), por lo que portan un catéter; también es frecuente que porten otros dispositivos como sondas gástricas o sondas urológicas. Asimismo, debido a la larga duración de la ventilación mecánica, la sedación profunda, el bloqueo neuromuscular y la inmovilización a la que se someten los pacientes, presentan dificultades físicas que duran meses o años posteriores a su egreso, tales como contracturas articulares, pérdida muscular y debilidad, dolor crónico musculoesquelético, incapacidad para caminar e incluso úlceras por presión, así como disfonía y disfagia por la intubación endotraqueal (Hosey & Needham, 2020; Jaywant et al., 2021; Kemp et al., 2020; Martillo et al., 2021). Aunado a las afectaciones anteriores, se ha informado que el 80% de los pacientes con COVID-19 continúa teniendo al menos un efecto a largo plazo al momento de su recuperación, los cinco más comunes son: fatiga (58%), dolor de cabeza (44%), trastornos de la atención (27%), caída del cabello (25%) y disnea (24%) (López et al., 2021). Los síntomas anteriores se exacerban en aquellos sobrevivientes de cuidados críticos complicados con LRA, pues en comparación con los que no la presentan, pasan una mayor cantidad de días en cuidados críticos y presentan procesos inflamatorios graves y desequilibrios en la coagulación, lo cual afecta múltiples órganos (Kanbay et al., 2022; Sabaghian et al., 2022); tienen mayor dificultad para caminar y debilidad muscular, adicionalmente, presentan dificultades para retomar su trabajo o actividades cotidianas (Hoste & De Corte, 2012; Mayer et al., 2022).

### **Afectaciones psicológicas**

Durante su recuperación, las personas que tuvieron COVID-19 presentan el doble de riesgo de ser diagnosticadas con un trastorno mental al compararlas con personas con enfermedades como influenza y otras infecciones respiratorias (Taquet et al., 2021a), entre los más comunes se encuentran el trastorno de ansiedad (13-15%) y el de depresión (12-16%), además, los trastornos del sueño pueden contribuir a la presentación de dicha sintomatología (Cénat et al., 2021; López et al., 2021; Mazza et al., 2020; Rogers et al., 2020; Rossi et al., 2021; Taquet et al., 2021a; Taquet et al., 2021c).

Los pacientes que estuvieron en cuidados críticos por COVID-19, a diferencia de los que no fueron hospitalizados, presentan síntomas de ansiedad y depresión más intensos al momento de su egreso (Cénat et al., 2021; Jamali et al., 2021) y hasta seis meses después (Taquet et al., 2021a), lo que se relaciona con las dificultades físicas a las que se enfrentan (Hosey & Needham, 2020; Kemp et al., 2020; Martillo et al., 2021), con el ambiente estresante que prevalece en las unidades de cuidados críticos (ruido y movimiento constante, además de comunicación complicada con el personal de salud por el equipo de protección que utilizan y el gran número de pacientes que atienden al mismo tiempo) y con los procedimientos médicos invasivos a los que son expuestos, a menudo cuando no saben qué está pasando debido a la sedación o el delirium (Cai et al., 2020; Hosey & Needham, 2020). Aunado a lo anterior, el tiempo que estuvieron aislados y lejos de sus familias y sus actividades, así como la rehabilitación a la que se enfrentan al momento del egreso

amenaza su sensación de seguridad e incrementa su susceptibilidad de padecer alguna afectación psicológica (Martillo et al., 2020; Taquet et al., 2021a; Tingey, et al., 2020).

Existen pocos estudios que han evaluado los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes que egresaron de cuidados intensivos por COVID-19. Cai y colaboradores (2020) los evaluaron a los 14 días de su egreso y encontraron que el 22.2% tenía síntomas de ansiedad y el 38.1% síntomas de depresión. Por su parte, Martillo y colaboradores (2020) y Mazza y colaboradores (2020) los evaluaron un mes después de su egreso, encontrando entre el 31% y el 42% síntomas de ansiedad y depresión. Dichas afectaciones se pueden complicar y convertirse en trastornos psicológicos (Hosey & Needham, 2020; Jamali et al., 2021; Jaywant et al., 2021; Taquet et al., 2021a; Tingey, et al., 2020), repercutiendo en la rehabilitación física, como se ha documentado en pacientes críticos por otras enfermedades (DiMatteo et al., 2000; McGrady et al., 2009). En relación a lo anterior, Taquet y colaboradores (2021a) mencionan que el 27.78% de los pacientes que recibieron cuidados críticos a los seis meses presenta un trastorno psiquiátrico, especifican que 19.15% trastorno de ansiedad y 15.43% de depresión.

Aunque no se encontraron estudios que abordaran las alteraciones psicológicas de personas recuperadas de COVID-19 y LRA en conjunto, cabe mencionar que la investigación es amplia respecto a las personas que estuvieron en cuidados críticos por enfermedades diferente a COVID-19, refiriéndose que es común que estos sobrevivientes desarrollen síntomas de depresión y ansiedad entre 25% y 33% (Hosey & Needham, 2020; Jamali et al., 2020; Nikayin, 2016; Rabiee et al., 2016; Tingey, et al., 2020); los cuales disminuyen al evaluarlos un año posterior al alta, encontrándose 17.4% con síntomas de ansiedad y 12.8% con síntomas de depresión (Peris, et al., 2011).

Respecto a la investigación sobre cuidados críticos y LRA por enfermedades diferentes a COVID-19, se ha señalado que la LRA puede afectar la función cerebral a través de la producción de metabolitos tóxicos, de la respuesta inflamatoria y por estrés oxidante, así, la LRA se asocia con encefalopatía urémica, eventos cerebrovasculares y Alzheimer (Wang et al., 2022). A pesar de lo anterior, la literatura es limitada en lo referente a las alteraciones psicológicas en estos pacientes. Paddle y colaboradores (2014) en su estudio tres meses después del egreso de la unidad de cuidados críticos, encontraron que el 63.6% de los pacientes presentaba síntomas de ansiedad y depresión, sin importar si habían estado en un tratamiento de hemodiálisis o no. Mayer y colaboradores (2022) también hicieron su evaluación tres meses después de que egresaron los pacientes, encontrando síntomas de ansiedad y depresión leves, y no hallaron diferencias entre los que desarrollaron LRA y los que no. Por otra parte, Attia y colaboradores (2021) refirieron en su estudio retrospectivo multicéntrico con pacientes críticamente enfermos por COVID-19 la presencia de síntomas de ansiedad en el 24% y depresión en el 23%, y una asociación entre la LRA y la dificultad de regulación emocional; sin embargo, no se menciona la manera en la que se recolectó la información sobre dichas variables y tampoco el momento en el que se realizó.

## **El Cuidador Primario Informal**

La descripción anterior sobre las afectaciones físicas y psicológicas del paciente cuando egresa de cuidados críticos por COVID-19, que además durante su hospitalización desarrolló LRA, sugiere la importancia de contar con el apoyo de alguna persona durante su recuperación. El cuidador primario informal (CPI) es la persona que asume voluntariamente el papel de responsable del cuidado no profesional del paciente, dispuesto a tomar decisiones por él y a cubrir sus necesidades básicas; reside en su gran mayoría en el mismo domicilio del enfermo y no recibe retribución económica por la función que desempeña (Guerrero et al., 2016; Ruiz & Moya, 2012). Es común que dichos cuidadores se encuentren con incertidumbre respecto a la condición de su paciente y su pronóstico (Paul & Rattray, 2008), así como con ansiedad por perder a su ser querido, cambios en los roles dentro de la familia, preocupaciones sobre el futuro y sobre cómo lidiar con los cuidados médicos (Delva et al., 2002).

En los CPI de pacientes que estuvieron en cuidados críticos por enfermedades diferentes a COVID-19, las afectaciones psicológicas más comunes son de ansiedad entre el 15% y 39% y de depresión entre el 4.7% y el 36%, las cuales están asociadas a la pérdida de empleo, problemas económicos, interferencia de la enfermedad de sus seres queridos en sus estilos de vida y baja calidad de vida (Beusekom et al., 2016; Labuzetta et al., 2020; Naef et al., 2021). Además, se ha encontrado que los factores asociados con el incremento de síntomas de ansiedad son: ser mujer, esposa, una inesperada admisión en cuidados críticos, bajo nivel de escolaridad, dificultades para dormir y fatiga (Scott et al., 2019). En un estudio realizado en Estados Unidos, se reportó que, durante la pandemia los CPI han tenido mayor prevalencia de afectaciones mentales en comparación con las personas que no son cuidadoras, incluyendo la presencia de síntomas de ansiedad (57.6%) y de depresión (21.5%) (Czeisler, et al., 2021).

Por otra parte, las alteraciones psicológicas de los CPI de pacientes críticamente enfermos por COVID-19 han sido poco estudiadas, aunque se sugiere que es una población con alto riesgo de ser afectada (Hosey & Needham, 2020; Kho et al., 2022), pues enfrentan retos relacionados a un limitado entrenamiento y falta de información sobre esta enfermedad emergente y los cuidados que requiere su paciente durante su recuperación para ayudarlo a reincorporarse a su vida nuevamente (Kho et al., 2022; Rahimi et al., 2021). Sharma y colaboradores (2020) encontraron que en esta población existe una incidencia de síntomas de depresión en el 61.5% cuando sus pacientes aún están hospitalizados, con cuatro veces mayor riesgo en mujeres; dicho porcentaje es mayor que el encontrado en la población general durante la pandemia, en la que se mencionan síntomas de ansiedad y depresión en un 48% (Szczeniak et al., 2021). Asimismo, Heesakkers y colaboradores (2022), evaluaron a familiares de sobrevivientes de cuidados críticos por COVID-19 y encontraron que el 31.6% presentaba síntomas de ansiedad y depresión tres meses después del egreso de sus pacientes, mientras que el 29% lo hacía después de 12 meses.

## **Intervenciones psicológicas**

Las intervenciones psicológicas durante la pandemia por COVID-19 se han enfocado en la población en general, el personal de salud y las personas que tienen la enfermedad (Szczesniak et al., 2021), recomendándose la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) para su abordaje (Li et al., 2020; López et al., 2021; Wei et al., 2020). La TCC es una intervención psicosocial basada en evidencia que postula que la interacción entre las conductas disfuncionales y/o las cogniciones distorsionadas causan o mantienen los trastornos mentales. Ha demostrado ser efectiva y contar con las ventajas de ser breve, estructurada y orientada a objetivos para problemas psicológicos en personas con enfermedades crónicas y diversos padecimientos mentales (Hofmann et al., 2012; Sharafkhaneh et al., 2017), así como en los CPI de dichos pacientes (Instituto Nacional de Cáncer [INCAN], s.f.; Meichsner et al., 2019; Vázquez et al., 2015; Wilz & Soellner, 2016).

No solo ha demostrado su eficacia de manera presencial, sino también a distancia, dicha modalidad cuenta con las ventajas de ser accesible, flexible, de bajo costo y con mayor adherencia de parte de los pacientes, favoreciendo el seguimiento (Andersson et al., 2014; Petrinec et al., 2021; Schroder et al., 2016; Stiles-Shields, Kwasny, Cai, & Mohr, 2014). Al ser administrada particularmente por teléfono, se ha encontrado que es tan efectiva como la atención en persona en la disminución de síntomas de ansiedad y depresión (Castro et al., 2020; Lamb et al., 2018; Petrinec et al., 2021). Durante la pandemia por COVID-19 se ha aprovechado dicha modalidad de TCC a distancia, tal es el caso de la intervención implementada por Wei y colaboradores (2020), la cual estuvo dirigida a pacientes hospitalizados con COVID-19 y se realizó a través de teléfonos celulares diariamente durante dos semanas, observándose una disminución significativa de los síntomas de ansiedad y depresión; sin embargo, no se explican los componentes de la intervención brindada. Algunos autores alientan a realizar intervenciones psicológicas vía remota para abordar los problemas emocionales de los pacientes que estuvieron en cuidados intensivos y sus familias y así mitigarlos (Jamali et al., 2021; Mayer, et al., 2021). Tingey y colaboradores (2020) mencionan que las intervenciones vía telefónica que se enfocan en habilidades de afrontamiento, activación conductual y ejercicios de respiración pueden ser un tratamiento confiable en el contexto actual de distanciamiento social, porque se ha demostrado que son útiles para disminuir el distrés (estrés no adaptativo) después del egreso de cuidados intensivos.

No se encontró información sobre intervenciones dirigidas a sobrevivientes de COVID-19 y LRA en conjunto, no obstante, Rossi y colaboradores (2021) entrevistaron a 86 pacientes hospitalizados post cuidados intensivos, identificando síntomas de ansiedad, depresión y duelo complicado; para abordar dichos síntomas emplearon la TCC, después de la cual, los pacientes tuvieron menor malestar psicológico según su auto reporte y según el juicio clínico de sus médicos. Se hizo evidente en este estudio la limitación de no contar con instrumentos psicométricos de evaluación para obtener datos cuantificables y evaluar el cambio en los síntomas después de implementar la terapia, tampoco se explica en qué consistió su intervención.

Por otro lado, en cuanto al tratamiento de las afectaciones psicológicas de los pacientes con LRA por enfermedades diferentes a COVID-19, tampoco se encontró evidencia. Sin embargo, la información es extensa respecto al tratamiento psicológico de pacientes con Enfermedad Renal Crónica, en donde se ha observado la eficacia de la TCC para disminuir sus síntomas de depresión y ansiedad (Lerma et al., 2016; Natale et al., 2019; Othman et al., 2020; Zheng et al., 2019). En México, Lerma y colaboradores (2016) evaluaron el efecto de una intervención cognitivo conductual grupal en los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con Enfermedad Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis a través de un ensayo controlado aleatorizado, tuvo una duración de cinco semanas y se observó en el seguimiento una disminución significativa de los síntomas en el grupo experimental.

Tampoco se encontraron intervenciones dirigidas a los CPI de sobrevivientes de COVID-19 y LRA, a pesar de ello, en la literatura sobre CPI de pacientes con diversos padecimientos se ha mencionado la utilidad de las técnicas cognitivo conductuales de relajación, reestructuración cognitiva y solución de problemas para la disminución de los síntomas de ansiedad y depresión (Applebaum & Breitbart, 2013; Lally y Brooks, 2016; Malouff et al., 2007; Northouse et al., 2010), enfatizando el papel de la psicoeducación en la disminución significativa de sus síntomas de ansiedad (Chien et al., 2006; Scott et al., 2019).

## Planteamiento del problema

### Justificación

En la literatura se ha informado que las personas que recibieron cuidados críticos por COVID-19, a su egreso hospitalario presentan síntomas de ansiedad y depresión con mayor frecuencia que los que no estuvieron hospitalizados (Cai et al., 2020; Cénat et al., 2021; Hosey & Needham, 2020; Jamali et al., 2021; Martillo et al., 2020; Taquet et al., 2021a; Tingey, et al., 2020), dichos problemas emocionales al no ser atendidos se complican y prevalecen por meses convertidos en trastornos psicológicos (Hosey & Needham, 2020; Jamali et al., 2021; Jaywant et al., 2021; Taquet et al., 2021a; Tingey, et al., 2020), lo cual, podría tener repercusiones en su rehabilitación física, como se ha documentado en pacientes críticos por otras enfermedades (DiMatteo et al., 2000; McGrady et al., 2009).

Existe una alta incidencia de LRA (hasta un 60%) en pacientes enfermos críticamente por COVID-19. A pesar de las conocidas complicaciones asociadas a dicho daño renal durante la hospitalización y recuperación (Casas et al., 2021; Francisco et al., 2020; Hirsch et al., 2020; Hoste & De Corte, 2012; Kanbay et al., 2022; Kho et al., 2022; Mayer et al., 2022; Sabaghian et al., 2022), y a pesar de que se ha encontrado la incidencia de síntomas de ansiedad y depresión en sobrevivientes de cuidados críticos por enfermedades diferentes a COVID-19 que tuvieron LRA (Mayer et al., 2022; Paddle et al., 2014) e incluso en pacientes críticamente enfermos por COVID-19 y LRA (Attia et al., 2021), la investigación es limitada en lo referente a las afectaciones psicológicas de los sobrevivientes.

Las afectaciones emocionales anteriores existen también en los familiares de los pacientes que asumen el papel de sus CPI y que tienen que hacerse cargo de múltiples tareas para favorecer su cuidado una vez que egresan de cuidados críticos (Heesakkers et al., 2022; Hosey & Needham, 2020; Kho et al., 2022; Rahimi et al., 2021). Por lo anterior, se hace evidente la necesidad de diseñar un estudio que permita la evaluación temprana de los pacientes y sus CPI y el diseño de una intervención psicológica para aquellas personas que lo requieran, lo cual podría representar un apoyo durante la recuperación de los pacientes (Jamali et al., 2021; Mayer, et al., 2021), coadyuvando a evitar la progresión de las potenciales afectaciones psicológicas que son propensos a sufrir tanto ellos como sus cuidadores (Tingey, et al., 2020).

Como se expuso anteriormente, a su egreso hospitalario, los pacientes se encuentran con importantes limitaciones físicas que les imposibilitarían recibir atención psicológica presencial. Se vuelve imprescindible la atención a distancia que además representa la mejor opción en el contexto de pandemia, ante el cual, existe la necesidad de implementar intervenciones prácticas y seguras. Las condiciones socioeconómicas de los pacientes fueron un factor importante para elegir la modalidad telefónica en lugar de la videollamada; en el INER, el principal grupo de atención son personas de escasos recursos económicos que no son derechohabientes de alguna institución de

salud y que provienen de diferentes partes del país (Wences y Ambrosio, 2021), lo cual, corresponde con lo señalado por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) en su último reporte en el 2020, en donde se menciona que en el país, 43.9% de mexicanos está en situación de pobreza y 32.6% en situación de vulnerabilidad, los cuales se encuentran con rezago educativo, falta de acceso a servicios de salud y alimentación, falta de servicios básicos en sus hogares, además de escasa calidad y espacios en estos. Así, se eligió la vía telefónica debido a su flexibilidad y bajo costo, con el objetivo de impactar en la atención que se brinda al paciente a su egreso de cuidados intensivos y a su cuidador, reduciendo las barreras económicas y sociales. Adicionalmente, la intervención cognitivo conductual al ser administrada por teléfono se ha encontrado que es tan efectiva como la atención en persona para disminuir los síntomas de ansiedad y depresión (Castro et al., 2020; Lamb et al., 2018; Petrinc et al., 2021).

Por último, este estudio podría contribuir metodológicamente al proponer, a diferencia de estudios anteriores, el diseño intrasujetos para responder la pregunta de investigación. Este diseño es adecuado cuando se requiere evaluar el efecto de los componentes de la intervención psicológica en cada uno de los participantes a través del tiempo, sobre todo cuando el campo de investigación ha sido poco explorado y aún no se cuenta con conocimiento sobre los beneficios de una intervención para la población (Shaffer et al., 2018; Tate & Perdices, 2020).

### **Preguntas de investigación**

Estudio 1: ¿Los sobrevivientes de COVID-19 que cursaron durante su hospitalización con LRA presentan sintomatología ansiosa y/o depresiva?

¿Los CPI de los sobrevivientes presentan sintomatología ansiosa y/o depresiva?

Estudio 2: ¿Cuál es la eficacia de una intervención psicológica vía telefónica sobre la sintomatología ansiosa y/o depresiva de los pacientes o de los CPI?

# **Estudio 1: Afectaciones psicológicas en pacientes recuperados de COVID-19 con LRA y sus CPI**

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Identificar los síntomas de depresión y/o ansiedad de los sobrevivientes de COVID-19 que cursaron con LRA y de sus CPI.

### **Objetivos específicos**

- Indagar los datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes y sus CPI.
- Identificar a los pacientes y CPI que podrían beneficiarse de una intervención psicológica en la siguiente sección de este estudio.
- Realizar los primeros registros retrospectivos de los síntomas de aquellos pacientes o cuidadores que presenten síntomas moderados de ansiedad y/o depresión.

## **Hipótesis**

- Hi: Los pacientes y sus cuidadores obtendrán puntuaciones correspondientes a un nivel moderado-grave de sintomatología ansiosa y depresiva en la evaluación inicial.
- Ho: Los pacientes y sus cuidadores no obtendrán puntuaciones correspondientes a un nivel moderado-grave de sintomatología ansiosa y depresiva en la evaluación inicial.
- Ha: Los pacientes y sus cuidadores obtendrán puntuaciones correspondientes a un nivel leve-moderado de sintomatología ansiosa y depresiva en la evaluación inicial.

## **Método**

### **Diseño**

Esta primera parte del estudio corresponde a un diseño transversal descriptivo, el cual, tiene el propósito de indagar la presencia de los niveles de una o más variables en una población (Sampieri et al., 2014).

### **Participantes**

Mediante un reclutamiento no probabilístico por conveniencia, realizado de mayo de 2021 a marzo de 2022, participaron 50 pacientes recuperados de COVID-19 y LRA atendidos durante su hospitalización en el servicio de Nefrología del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas” (INER), así como 48 CPI de dichos pacientes (dos de los pacientes no contaban con CPI).

### ***Criterios de inclusión***

- Hombres y mujeres con alta hospitalaria que tuvieron diagnóstico confirmado de COVID-19 y que cursaron con LRA.
- CPI de los sobrevivientes de COVID-19 y LRA.
- Mayores de 18 años de edad.
- Que aceptaran participar a través del consentimiento informado verbal (protocolo C34-21).

### ***Criterios de exclusión***

- Que no contestaran tres intentos de llamada telefónica o mensajes de texto.
- Que fueran cuidadores primarios formales (enfermeros).
- Participantes con debilidad auditiva sin corrección.

### ***Criterios de eliminación***

- Que retiraran su consentimiento para participar en el estudio.

## **Pacientes**

El 78% de pacientes fueron varones, con un promedio de edad de  $56.9 \pm 12.8$ . Más de la mitad residentes de la Ciudad de México (66%), casados (56%), dedicados a algún oficio (60%) y católicos (70%). Con escolaridad máxima de secundaria (26%) y bachillerato (24%) y nivel socioeconómico 3 (32%). Casi la mitad de los pacientes tenía como CPI a su esposo o pareja (46%). Respecto a sus datos clínicos, la mayoría padecía hipertensión (68%) y diabetes (62%), además de que el 48% tenía obesidad; más de la mitad consumía alcohol (56%) y tabaco (52%) y solo el 10% refirió haber tenido tratamiento psicológico o psiquiátrico previamente (véase tabla 1).

Por otra parte, en lo referente a la información sobre su hospitalización, el promedio de días que estuvieron hospitalizados fue de  $39.8 \pm 19$ ; casi todos fueron sometidos a sedoanalgesia (94%) y bloqueo neuromuscular (76%). Todos tuvieron apoyo respiratorio a su ingreso; el promedio de días que estuvieron con ventilación mecánica invasiva fue de  $30.9 \pm 21.5$ , además, el 38% tuvo traqueostomía. Más de la mitad (68%) desarrolló delirium. El grado de LRA de la mayoría (64%) fue el 3, de los cuales, el 78% requirió terapia de reemplazo renal y el 20% continuó requiriéndola al darse de alta del hospital (véase tabla 2).

## **Cuidadores Primarios Informales (CPI)**

El sexo predominante de los CPI fue el femenino (83.3%), con un promedio de edad de  $49.15 \pm 15.5$ . La mayor parte residentes de la ciudad de México (62.5%), casados (56.3%), con escolaridad de bachillerato (25%) y licenciatura (22.9%), católicos (79.2%). Casi la mitad fueron amas de casa (47.9%). En cuanto a sus datos clínicos, al igual que en el caso de los pacientes, la diabetes (18.8%) y la hipertensión (27.1%) fueron las enfermedades mayormente señaladas. El 22.9% comentó consumir alcohol y el 20.8% tabaco. Además, 20.8% de los CPI había sido diagnosticado con algún trastorno psicológico o psiquiátrico con anterioridad (véase tabla 3).

**Tabla 1***Datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes (n = 50)*

<i>Datos sociodemográficos</i>			<i>Datos clínicos</i>		
<i>Variable</i>	<i>Categoría</i>	<i>Porcentaje %</i>	<i>Variable</i>	<i>Categoría</i>	<i>Porcentaje %</i>
Edad $\bar{x} = 56.9 \pm 12.8$ , rango = 29-92					
Sexo	Masculino	78	Consumo de sustancias	Alcohol	56
	Femenino	22		Tabaco	52
Estado civil	Soltero	20	Comorbilidades	Diabetes	62
	Casado	56		Hipertensión	68
	Unión libre	10		Asma	14
	Divorciado	10		Obesidad	48
	Viudo	4		Sobrepeso	36
Escolaridad	Nula	12	Antecedentes de problemas en salud mental		
	Primaria	18			
	Secundaria	26			10
	Bachillerato	24			
	Licenciatura	18			
Ocupación	Posgrado	2			
	Desempleo	2			
	Profesión	14			
	Oficio	60			
	Ama de casa	8			
Lugar de residencia	Jubilación	16			
	CDMX	66			
	Edo. Méx.	24			
Cuidador primario	Otro	10			
	Esposo/pareja	46			
	Hijo	20			
	Padre	6			
	Hermano	14			
	Otro familiar	10			
Religión	Formal	4			
	Católico	70			
	Cristiano	16			
	Otra	4			
Nivel socioeconómico	Ninguna	10			
	1	30			
	2	26			
	3	44			

*Nota.* En nivel socioeconómico: a mayor número, mayor nivel.

**Tabla 2***Datos de hospitalización de los pacientes (n = 50)*

Días de hospitalización $\bar{x} = 39.8 \pm 19$ , rango = 12-97	
Días de VMI $\bar{x} = 30.9 \pm 21.5$ (dos pacientes sin VMI)	
<i>Variable</i>	<i>Porcentaje %</i>
LRA I	32
LRA II	4
LRA III	64
Hemodiálisis	78
Hemodiálisis al alta	20
Sedoanalgesia	94
Bloqueo neuromuscular	76
Traqueostomía	38
Delirium	68

<i>Laboratorios</i>	<i>Normal</i>	<i>Inicial</i> $\bar{x}$ (DE) Rango	<i>Final</i> $\bar{x}$ (DE) Rango
Creatinina (mg/dL)	0.7-1.3	1.65 (1.15) Rango 0.55-6.27	1.22 (0.70) Rango 0.36-3.40
Hemoglobina (g/dL)	13.2-16.6	14.99 (2.20) Rango 9.95-20.49	10.45 (1.81) Rango 7.89-15.64
Albúmina (gr/dL)	3.4-5.4	3.04 (0.44) Rango 1.93-3.98	3.05 (0.42) Rango 2.05-3.91
BUN (mg/dL)	6-20	38.82 (22.43) Rango 10-103	30 (16.46) Rango 7-72
Glucosa (mg/dL)	$\leq 99$	235.14 (135.68) Rango 71-666	124.36 (41.93) Rango 70-228
Ácido úrico (mg/dL)	3.5-7.2	6.79 (2.70) Rango 2.20-13	6.35 (2.83) Rango 1.80-14
Urea (mg/dL)	6-24	84.56 (47.71) Rango 21-220	64.22 (35.17) Rango 15-154
Fósforo (mg/dL)	2.8-4.5	4.16 (1.31) Rango 2.20-7.90	4.40 (5.07) Rango 2.10-39
Potasio (mmol/L)	3.5-5	4.60 (0.61) Rango 3.28-6.55	3.77 (0.38) Rango 2.93-4.50
Calcio (mg/dL)	8.5-10.2	8.09 (0.58) Rango 6.90-9.20	8.46 (0.79) Rango 7.20-10.70

*Nota.* VMI = Ventilación mecánica invasiva.

**Tabla 3***Datos sociodemográficos y clínicos de los CPI (n = 48)*

<i>Datos sociodemográficos</i>			<i>Datos clínicos</i>		
Edad $\bar{x} = 49.15 \pm 15.5$ , rango = 22-80					
<i>Variable</i>	<i>Categoría</i>	<i>Porcentaje %</i>	<i>Variable</i>	<i>Categoría</i>	<i>Porcentaje %</i>
Sexo	Masculino	16.7	Comorbilidades	Diabetes	18.8
	Femenino	83.3		Hipertensión	27.1
Estado civil	Soltero	18.8	Consumo de sustancias	Alcohol	22.9
	Casado	56.3		Tabaco	20.8
	Unión libre	18.8			
	Divorciado	4.2			
	Viudo	2.1			
Escolaridad	Nula	8.3	Antecedentes de problemas en salud mental		20.8
	Primaria	18.8			
	Secundaria	20.8			
	Bachillerato	25			
	Licenciatura	22.9			
	Posgrado	4.2			
Ocupación	Desempleo	2.1			
	Profesión	18.8			
	Oficio	22.9			
	Ama de casa	47.9			
	Jubilación	4.2			
	Estudiante	4.2			
Lugar de residencia	CDMX	62.5			
	EDO. Méx.	25			
	Otro	12.5			
Religión	Católico	79.2			
	Cristiano	12.5			
	Ninguna	8.3			

## **Variables e instrumentos**

### ***Sintomatología ansiosa***

Estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos (tensión muscular, sudoración, taquicardia, temblor, molestias digestivas, mareos) y cognitivos (intranquilidad, nerviosismo, preocupación), que se puede presentar como una reacción adaptativa o como patológica cuando genera un grado evidente de disfuncionalidad en la persona (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud [CENETEC], 2010).

Estos síntomas fueron medidos con la Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7), desarrollada por Spitzer y colaboradores en el 2006. Está conformada por siete reactivos basados en los criterios diagnósticos del DSM-IV, con una escala Likert de cuatro opciones de respuesta, en donde cero significa nunca, uno: menos de la mitad de los días, dos: más de la mitad de los días, tres: casi todos los días; la persona tiene que seleccionar la alternativa de respuesta que mejor describa su situación durante la aplicación del instrumento y las últimas dos semanas. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las opciones seleccionadas, y el rango de puntuación obtenido es de cero a 21. Los puntos de corte para determinar la intensidad de la sintomatología en población mexicana son, de cero a cuatro: nula, de cinco a nueve: leve, de 10 a 14: moderada, de 15 a 21: grave. Mills y colaboradores (2014) comentan que el uso de esta escala es apropiado para población hispanoamericana que habla español (incluyendo mexicanos), ya que, cuenta con consistencia interna adecuada ( $\alpha = 0.94$ ) y validez convergente al correlacionar significativamente en la dirección esperada con los siguientes instrumentos: la Escala de Estrés Percibido ( $r = 0.66$ ), el Cuestionario Sobre la Salud del Paciente ( $r = 0.70$ ) y la subescala de salud física de la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF ( $r = -0.31$ ). Véase anexo 2.

### ***Sintomatología depresiva***

Conjunto de síntomas que se manifiesta por la pérdida de interés e incapacidad de satisfacción por las actividades, incluye alteraciones emocionales (tristeza, sentimiento de vacío, desesperanza, culpa excesiva, sentimientos de inutilidad), cognitivas (dificultad para concentrarse o para tomar decisiones, pensamientos de muerte), físicas (pérdida o aumento importante de peso o apetito, insomnio o hipersomnias, fatiga) y conductuales (agitación o retraso psicomotor, llanto) (CENETEC, 2010).

Esta variable fue medida con el Cuestionario Sobre la Salud del Paciente (PHQ-9), desarrollado por Kroenke y colaboradores en el 2001. Cuenta con nueve reactivos basados en los criterios del DSM-IV, con una escala Likert de cuatro opciones de respuesta, en donde cero significa nunca, uno: menos de la mitad de los días, dos: más de la mitad de los días, tres: casi todos los días; el evaluado tiene que seleccionar la alternativa de respuesta que mejor describa su situación durante la aplicación del instrumento y las últimas dos semanas. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las opciones seleccionadas, y el rango de puntuación obtenido es de cero a 27. Los puntos de corte para determinar la intensidad de la sintomatología en población

mexicana son, de cero a cuatro: nula, de cinco a nueve: leve, de 10 a 14: moderada, de 15 a 19: moderada/grave, de 20 a 27: grave. Se ha informado que la versión en español de este instrumento es apropiada para población mexicana debido a que cuenta con confiabilidad adecuada ( $\alpha = 0.81$ ) y validez predictiva, las personas con síntomas elevados en PHQ-9 presentan puntuaciones menores en la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF (Arrieta et al., 2017; Familiar et al., 2015). Véase anexo 3.

### ***Registro de percepción de síntomas de ansiedad y tristeza***

Se elaboró especialmente para la presente investigación. Consiste en una escala visual análoga en la que el participante diariamente señala la presencia e intensidad (de cero a tres) de los síntomas de ansiedad y tristeza, se realiza la sumatoria de dichas puntuaciones para obtener una semanal (de cero a 21). Este registro está basado en el diseñado por Sánchez y Alvarado (2008) para pacientes con cáncer de mama y en el de Caballero (2015) para pacientes con VIH. Dichos autores recomiendan el uso de sistemas de auto registro para facilitar que los pacientes (sobre todo con baja escolaridad) reporten de manera confiable, económica y práctica su percepción de síntomas a lo largo del proceso terapéutico. Véase anexo 4.

### **Escenario**

Las llamadas telefónicas se realizaron desde el Pabellón seis del INER, se procuró que se contara con ambientes de comunicación adecuados, en una habitación tranquila. Se corroboraba una señal telefónica óptima y se indagaba la privacidad y confidencialidad tanto del participante como del terapeuta.

### **Procedimiento**

El reclutamiento de participantes se realizó de mayo de 2021 a marzo de 2022. Una semana después del alta hospitalaria de los pacientes, el médico responsable del área de Nefrología y la psicóloga responsable del proyecto, se comunicaron vía telefónica con ellos y con sus CPI. La modalidad a distancia fue necesaria debido a las restricciones de interacción física impuestas por la pandemia y debido a la limitación de movilidad de los pacientes. Dentro de las posibles intervenciones psicológicas a distancia, se eligió la telefónica en lugar de la videollamada con base en las características económicas de los pacientes del INER: la mayoría tiene escasos recursos (Wences y Ambrosio, 2021), lo que los coloca en situación de vulnerabilidad, con falta de acceso a servicios de salud (entre ellos la atención psicológica), así como falta de servicios básicos en sus hogares (entre ellos el servicio de internet que se requiere para hacer una videollamada) (CONEVAL 2020). Así, la intervención vía telefónica se consideró más accesible, flexible y de bajo costo.

En un primer momento, el médico indagaba el estado de salud del paciente y las dudas referentes al tratamiento; en caso de considerarlo necesario, con base en el historial clínico revisado previamente, se le pedía agendar una cita para seguimiento presencial en el área de

Nefrología. Posteriormente, la psicóloga preguntaba al paciente cómo había sido la reincorporación a su vida cotidiana y sobre su estado anímico. Se le invitaba a participar en la presente investigación, explicándole la importancia de la evaluación de su estado psicológico y dándole información sobre la intervención psicológica que podría recibir (respecto a su estructura y los cuestionarios y auto registros que tendría que contestar); también, se le mencionaban las ventajas que podría obtener si aceptaba participar, si el posible participante estaba de acuerdo en que se le brindara la atención, se le pedía su consentimiento informado verbal.

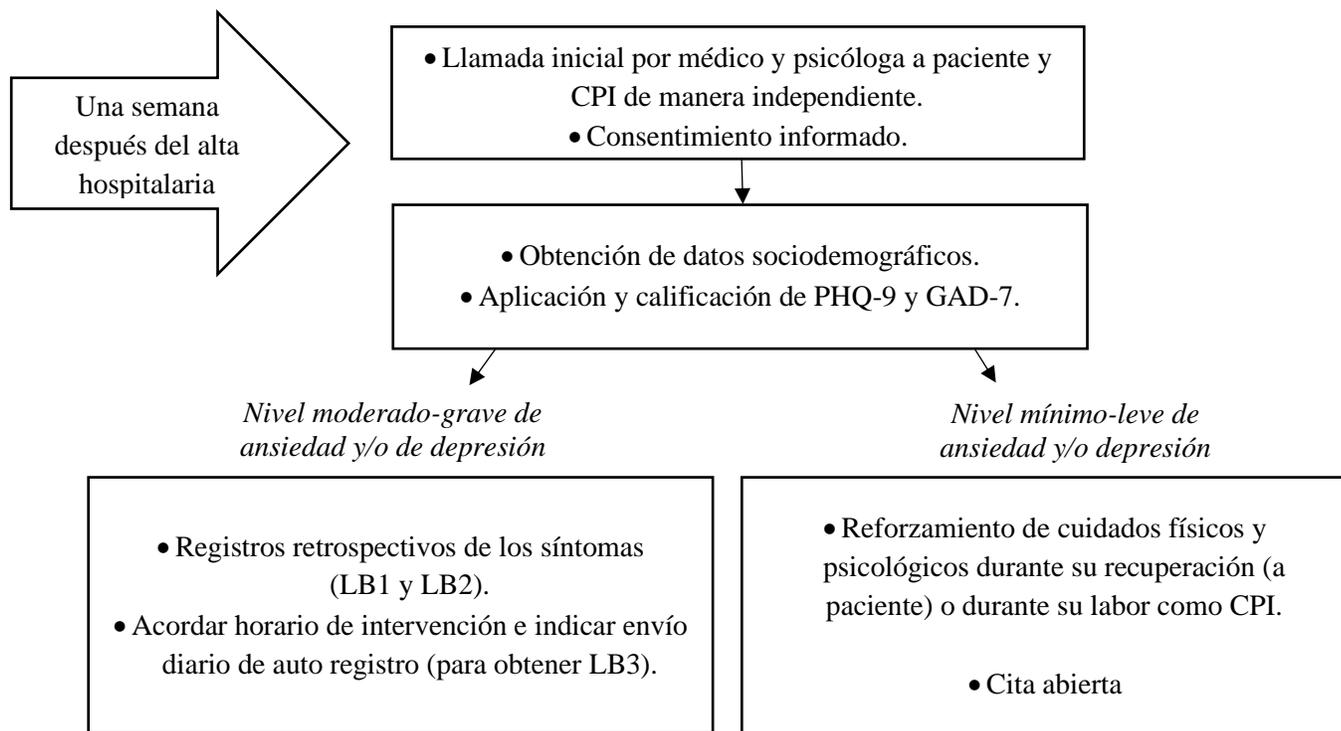
Se procedía a realizar preguntas respecto a datos sociodemográficos y clínicos, además, se aplicaban los cuestionarios PHQ-9 y GAD-7. Si la persona tenía una puntuación de síntomas de depresión y/o ansiedad correspondiente a un nivel leve o nulo, o si ya se encontraba en tratamiento psicológico, psiquiátrico o tanatológico, se reforzaba la importancia de los cuidados físicos y psicológicos durante su recuperación y se le brindaba la oportunidad de comunicarse en cualquier momento si consideraba necesitar apoyo psicológico. Si presentaba alguna problemática distinta, como por ejemplo duelo, autolesiones o abuso de sustancias tóxicas, se refería a un servicio de consulta externa al hospital. Por otro lado, si presentaba síntomas de ansiedad y/o depresión correspondientes a un nivel moderado o grave, se le indicaba la necesidad de iniciar la intervención psicológica y se le invitaba a participar en el Estudio dos. Al terminar la evaluación del paciente, el mismo procedimiento descrito anteriormente se seguía con el CPI de manera independiente.

Con aquellos participantes que tuvieron síntomas moderados o graves en los instrumentos se realizó el auto registro retrospectivo de sus síntomas de ansiedad y tristeza de hace dos semanas antes de la llamada telefónica (última semana en la que los pacientes estuvieron en el hospital), que correspondería a la línea base 1 del estudio (LB1); además, se hacía el registro retrospectivo de sus síntomas durante la última semana antes de la llamada (primera semana que los pacientes estuvieron en casa), que correspondería a la línea base 2 del estudio (LB2). Asimismo, se les pedía que durante los próximos días y hasta la siguiente llamada telefónica enviaran por un mensaje de WhatsApp diariamente su auto registro de síntomas, con el fin de obtener la tercera puntuación semanal correspondiente a la línea base 3 (LB3); de esta manera se obtenían las tres líneas base que se retomarán en el Estudio dos. Véase figura 1.

Se realizaron los esfuerzos necesarios para salvaguardar los elementos importantes que conforman la atención psicológica remota enunciados en la Telepsychology Task Force (2013): se adoptó la vía telefónica con base en la evidencia disponible en la literatura en la que se expone que es apropiada para personas que comparten características con los participantes de este estudio (Castro et al., 2020; Lamb et al., 2018; Petrinc et al., 2021), considerando sus limitadas condiciones económicas (CONEVAL, 2020; Wences y Ambrosio, 2021) y su dificultad de movilidad debido a su condición médica; también se tomaron en cuenta los posibles riesgos de dicha modalidad de intervención (distracciones, afectación de privacidad y falta de instrumentos psicométricos adaptados), sin embargo, dadas las condiciones de pandemia y las limitaciones

físicas y económicas de los pacientes, fue la opción más accesible. Aunado a lo anterior, antes de iniciar la aplicación de la intervención y a manera de práctica, la terapeuta realizó tres evaluaciones vía telefónica a pacientes egresados del INER, las cuales fueron revisadas y retroalimentadas por una Doctora en Psicología de la Salud con experiencia en la evaluación a distancia. Finalmente, se procuró que los participantes contaran con las habilidades necesarias para recibir la intervención por teléfono o que tuvieran cerca a una persona que los auxiliara, además, se les pidió que establecieran las condiciones necesarias para su comodidad durante las sesiones y que se aseguraran de no ser interrumpidos.

**Figura 1.** Esquema general del procedimiento del Estudio 1



### Consideraciones éticas

El proyecto fue revisado y aprobado por el Comité de Investigación y Ética del INER: protocolo C34-21.

Al implementar la intervención vía telefónica, se consideraron las directrices señaladas para el empleo de la telepsicología que enlista la Asociación Americana de Psicología (APA, por sus siglas en inglés): 1) Tomar acciones razonables para asegurar la competencia al hacer uso de la tecnología seleccionada para la intervención y su impacto potencial en los pacientes; 2) Asegurar las consideraciones éticas de la atención desde el inicio hasta el término de ésta; 3) Hacer los esfuerzos por obtener y documentar el consentimiento informado; 4) Hacer lo posible para proteger y mantener la confidencialidad de los datos y la información obtenida de los

pacientes y, en caso de existir, informar de los riesgos potenciales de pérdida de la confidencialidad inherente al uso de la tecnología; 5) Garantizar medidas de seguridad para proteger los datos de los pacientes, de acceso a terceros o divulgación; 6) Realizar esfuerzos para eliminar datos e información de los medios tecnológicos empleados para la intervención psicológica, aumentando así la protección contra el acceso de personas no autorizadas; 7) Considerar los problemas que puedan surgir por la evaluación implementada; 8) Familiarizarse y cumplir con todas las regulaciones relevantes para proporcionar el servicio a través de la telepsicología (Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists, 2013).

El consentimiento informado verbal se obtuvo con base en las pautas que estipulan algunas circunstancias en las cuales se puede prescindir del requisito de obtener consentimiento informado: a) Si no es factible obtenerlo, b) los estudios tienen un importante valor social y c) solo suponen riesgos mínimos para los participantes (Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas [CIOMS], s.f.). En el consentimiento informado se explica de manera general en qué consiste la investigación y sus objetivos, también, se expresa que la participación en ésta es voluntaria y que la información obtenida es confidencial. Véase anexo 1.

### **Análisis estadístico**

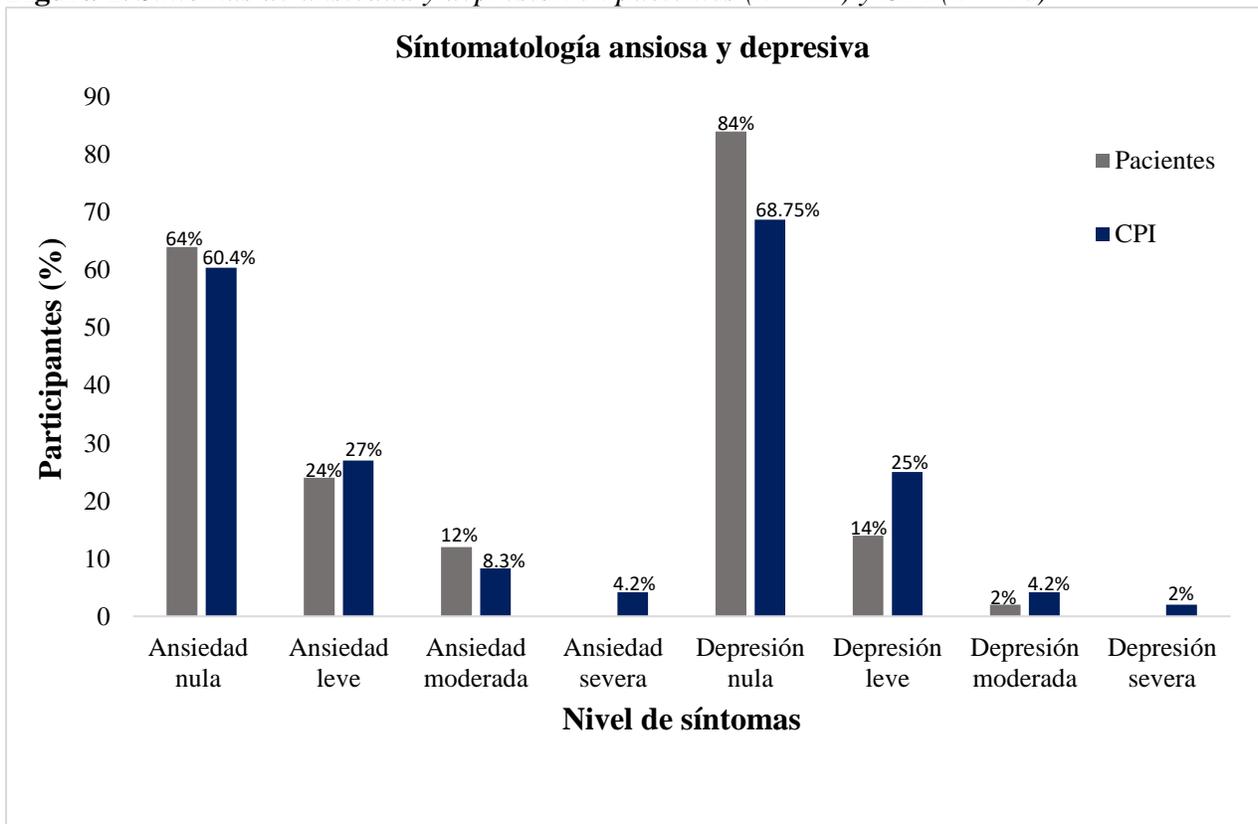
Las puntuaciones de los cuestionarios PHQ-9 y GAD-7, así como los datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes y CPI, se capturaron en una base de datos en Excel y se analizaron a través del programa estadístico SPSS versión 21.

Para este primer Estudio, se realizó un análisis descriptivo de medidas de tendencia central (media), dispersión (desviación estándar y rango) y frecuencias, tanto de las variables sociodemográficas, clínicas y datos de hospitalización de los pacientes, como de las variables sociodemográficas y clínicas de sus CPI; lo anterior con el objetivo de conocer las características generales de los participantes del estudio. Adicionalmente, se hizo el análisis descriptivo de medidas de tendencia central (media), de dispersión (desviación estándar y rango) y frecuencias con porcentajes de la sintomatología ansiosa y depresiva que informaron en los instrumentos PHQ-9 y GAD-7. Para los datos de los auto registros de ansiedad y tristeza (LB), se calculó el promedio.

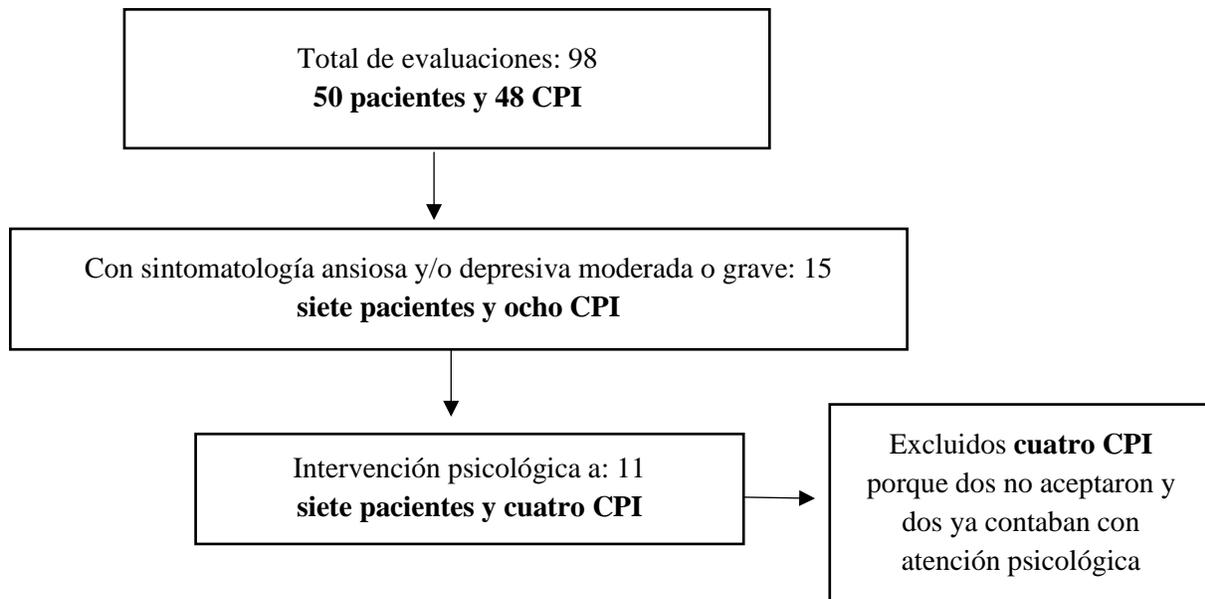
## Resultados

De acuerdo con las puntuaciones obtenidas en el GAD-7, el promedio de síntomas de ansiedad de los pacientes fue  $3.70 \pm 3.61$  (rango 0-14), mientras que en los CPI el promedio fue  $4.50 \pm 4.01$  (rango 0-16); ambos corresponden a un nivel nulo de síntomas. Por otra parte, de acuerdo con el PHQ-9, el promedio de síntomas de depresión en los pacientes fue  $2.42 \pm 2.69$ , (rango 0-10) y en los CPI el promedio fue  $3.29 \pm 3.88$  (rango 0-17); correspondientes a un nivel nulo de síntomas. De los 50 pacientes, 18 (36%) tuvieron síntomas de ansiedad y ocho (16%) de depresión; por su parte, 19 CPI (39.58%) tuvieron síntomas de ansiedad y 15 (31.25%) de depresión. Entre los participantes anteriores se identificaron siete pacientes (14%) y ocho CPI (16.6%) con síntomas de ansiedad o depresión de moderados a graves (véase figura 2), de los cuales, se excluyeron cuatro CPI debido a que no aceptaron participar en el Estudio dos o ya se encontraban en tratamiento psicológico, psiquiátrico o tanatológico (véase figura 3). Por lo tanto, para recibir la intervención psicológica en el Estudio dos se contempló a siete pacientes y cuatro CPI, de los cuales se presenta en la tabla 4 el promedio de los datos de sus registros retrospectivos durante la línea base.

**Figura 2.** Síntomas de ansiedad y depresión en pacientes ( $n = 50$ ) y CPI ( $n = 48$ )



**Figura 3.** *Flujograma de participantes que se seleccionaron para recibir la intervención psicológica*



**Tabla 4***Participantes con puntuaciones de ansiedad o depresión en nivel moderado-grave (n = 15)*

<b>Participante</b>	<b>GAD-7</b>	<b>Auto registro ansiedad</b>	<b>PHQ-9</b>	<b>Auto registro tristeza</b>
Paciente 2	6**	14.3	10****	15
Paciente 10	11****	20.3	7**	14.6
Paciente 13	11****	6	4*	1.3
Paciente 17	10****	13.6	9**	13.6
Paciente 30	12****	15.6	5**	7.3
Paciente 33	14****	12.3	5**	2.6
Paciente 44	11****	14	8**	6.3
CPI 2	16*****	N/A	17*****	N/A
CPI 4	10****	10.6	0*	15.3
CPI 15	14****	10	7**	7
CPI 13	15*****	10.6	7**	16.3
CPI 17	6**	N/A	12****	N/A
CPI 22	10****	11	2*	0
CPI 32	14****	N/A	6**	N/A
CPI 44	5**	N/A	14****	N/A

*Nota.* Puntuación \*nula, \*\*leve, \*\*\*moderada, \*\*\*\*grave (moderada-grave en el caso de PHQ-9).

Rango teórico GAD-7: 0-21. Rango teórico PHQ-9: 0-27. Rango teórico auto registro ansiedad/tristeza: 0-21 (se presenta el promedio de LB1, LB2 y LB3). N/A = participantes que no tienen auto registro debido a que no aceptaron participar en el segundo Estudio o que ya se encontraban en tratamiento psicológico, psiquiátrico o tanatológico.

## Discusión

El primer Estudio tuvo como objetivo identificar los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva de los pacientes recuperados de COVID-19 que durante su hospitalización cursaron con LRA, y evaluar dicha sintomatología en sus familiares que tenían el papel de CPI.

El 36% de los pacientes tuvo síntomas de ansiedad, porcentaje parecido al referido por dos estudios que los evaluaron un mes después de su egreso (Martillo et al., 2020; Mazza et al., 2020), en los cuales, se encontró que entre el 38% y el 42% tenía sintomatología ansiosa; aunado a lo anterior, la frecuencia de los síntomas fue igual a la de pacientes hospitalizados con COVID-19 (35%) (Kong et al., 2020). De acuerdo con lo que comentaron los pacientes en la evaluación inicial, los síntomas de ansiedad se relacionaban con sus problemas de sueño, así como con su recuperación y condición física (ninguno podía caminar, tenían movilidad limitada y dependían de sus cuidadores), problemáticas mencionadas en la literatura previamente (Cai et al., 2020; Hosey & Needham, 2020; Jamali et al., 2020; Martillo et al., 2020; Tingey, et al., 2020).

El porcentaje de síntomas de ansiedad de los pacientes, a su vez coincide con el hallado por diversos autores que evaluaron a sobrevivientes de la unidad de cuidados intensivos por diferentes enfermedades, los cuales señalan durante el primer año de recuperación síntomas de ansiedad y depresión entre el 25% y el 33% (Hosey & Needham, 2020; Jamali et al., 2020; Nikayin 2016; Tingey, et al., 2020). Esta similitud podría explicarse al considerar la experiencia traumática de la enfermedad crítica para los sobrevivientes independientemente de la enfermedad de base o la presencia de complicaciones como la LRA, tal como explican Mayer y colaboradores (2022) en su estudio en el que no hallaron diferencias en los síntomas de ansiedad y depresión entre pacientes con y sin LRA.

Por otra parte, no se coincide con el tercer antecedente de esta investigación que evaluó a pacientes recuperados de COVID-19 dos semanas después de su egreso de cuidados intensivos, en el que se señala un porcentaje del 22.2% de síntomas ansiosos (Cai et al., 2020). La discrepancia podría deberse a diferencias en la duración de la hospitalización, él refiere un promedio de días de  $25.4 \pm 7.1$  (rango 10-49) y en este estudio la media fue de  $39.8 \pm 19$  (rango 12-97); en investigaciones previas se ha señalado que una mayor duración de la hospitalización está ligada a una mayor presentación de afectaciones psicológicas (Benítez, Barceló y Gelves, 2016; Taboada et al., 2022). Aunado a lo anterior, un porcentaje muy pequeño de pacientes (17.5%) requirió apoyo respiratorio en el estudio de Cai y colaboradores (2020) a diferencia del total de pacientes que lo requirió en el presente estudio; la ventilación mecánica se ha asociado a una mayor incidencia de sintomatología ansiosa (Attia et al., 2021; Chlan & Savic, 2011; Taboada et al., 2022).

Adicionalmente, el porcentaje de síntomas de ansiedad en los pacientes de esta investigación fue mayor al señalado por Taquet y colaboradores (2021a) al evaluarlos seis meses

después de su egreso hospitalario (19.15%), también difirió del mencionado por Peris y colaboradores (2011) en pacientes recuperados de cuidados intensivos por diversas enfermedades un año después de su alta (17.4%), por lo que podría sugerirse que los síntomas son más intensos durante la hospitalización (Kong et al., 2020) y en los primeros días después del alta hospitalaria, confirmándose la importancia de las intervenciones tempranas. Asimismo, se observa que el porcentaje es mayor al referido por Cénat y colaboradores (2021) en la población en general durante la pandemia (15.15%) y al mencionado por López y colaboradores (2021) en las personas que tuvieron COVID-19 sin complicaciones (13%). Con lo anterior, se apoya la idea expuesta por Jamali y colaboradores (2021) y Taquet y colaboradores (2021a) que mencionan que durante la pandemia los sobrevivientes de cuidados críticos por COVID-19, a diferencia de otros grupos de personas, representan una población altamente vulnerable a las afectaciones psicológicas.

Respecto a la frecuencia de los síntomas de depresión, el 16% de los pacientes en esta investigación los presentó. No se coincide con Cai y colaboradores (2020) que los refieren en el 38% de los sobrevivientes dos semanas después de su egreso hospitalario, este mayor porcentaje podría deberse a que en dicho estudio los participantes eran más jóvenes ( $\bar{x} = 45.7 \pm 14$ ) comparados con los de este ( $\bar{x} = 56.9 \pm 12.8$ ); se ha señalado que las personas más jóvenes muestran mayores niveles de síntomas de depresión que los más viejos (Cai et al., 2020; Mazza et al., 2020; Wang et al., 2020). Además, el porcentaje es menor al de estos síntomas evaluados en los sobrevivientes un mes después: del 31% al 37.8% (Mazza et al., 2020; Martillo et al., 2020). La frecuencia tampoco concuerda con la de los síntomas en pacientes recuperados de cuidados críticos por otras enfermedades (Hosey & Needham, 2020; Jamali et al., 2020; Rabiee et al., 2016; Tingey, et al., 2020), que los refieren entre el 25% y el 33%.

Por otra parte, la frecuencia de los síntomas de depresión de los pacientes fue parecida a la que comentan Cénat y colaboradores (2021) en la población general durante la pandemia (15.97%) y a la de los sobrevivientes evaluados después de seis meses de su egreso: 15.43% (Taquet et al., 2021a), así como después de 12 meses en sobrevivientes de cuidados intensivos por enfermedades diversas: 12.8% (Peris et al., 2011). También, el resultado en esta variable es parecido al de las personas con COVID-19 que no fueron hospitalizadas: 12% (López et al., 2021). Es decir, los síntomas de depresión, a diferencia de los de ansiedad, no fueron un problema igual de predominante en los pacientes de esta investigación.

Los resultados contradictorios en los síntomas de depresión, podrían explicarse con la información proporcionada por los pacientes en la llamada telefónica, en la cual, la mayoría refirió sentirse preocupado ante las condiciones físicas con las que había vuelto a su hogar, pero también, comentaron sentimientos de esperanza, felicidad por haber sobrevivido y una actitud optimista. Otra posible razón podría ser el tener redes de apoyo, todos mencionaron contar además de con su CPI, con otras personas que los apoyaban; en la literatura se ha informado que el apoyo social es un factor fundamental para la prevención de la sintomatología de depresión en pacientes que

egresaron de cuidados críticos por diversas patologías (Deja et al., 2006; Smith et al., 2000), así como en pacientes hospitalizados por COVID-19 (Cai et al., 2020; Kong et al., 2020).

En lo referente a la comparación de los resultados de la presente investigación y las que se hicieron anteriormente sobre afectaciones psicológicas en pacientes con LRA, no se coincide con Mayer y colaboradores (2022) que los evaluaron tres meses después de su egreso, encontrando síntomas de ansiedad y depresión leves, pues en esta investigación los síntomas en promedio fueron nulos. Tampoco se concuerda con Paddle y colaboradores (2014), los cuales encontraron en su estudio con pacientes que cursaron con LRA y enfermedades diferentes a COVID-19, que el 63.6% presentó síntomas de ansiedad y/o depresión en niveles moderados. La discrepancia con los autores podría deberse a los diferentes instrumentos que se emplearon para evaluar los síntomas, ellos utilizaron la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS por sus siglas en inglés), mientras que en esta investigación se emplearon PHQ-9 y GAD-7, estos últimos están basados en los criterios diagnósticos del DSM-IV e indagan los síntomas durante las últimas dos semanas (Kroenke et al., 2001; Spitzer et al., 2006), mientras que la HADS los evalúa durante los últimos siete días y excluye reactivos de carácter somático que podrían confundirse en la evaluación con síntomas como pérdida de apetito, fatiga, etc. (Zigmond & Snaith, 1983). Por otro lado, los hallazgos de Attia y colaboradores (2021) en su estudio con pacientes en cuidados intensivos por COVID-19 (entre los que había algunos con LRA), también difieren con los resultados de esta investigación, pues señalan que 24% presentó síntomas de ansiedad y 23% de depresión; una posible razón del menor porcentaje en síntomas de ansiedad tiene que ver con que únicamente el 27.8% tenía apoyo respiratorio a diferencia del 100% de pacientes en este estudio, se ha informado que el apoyo respiratorio predispone a la sintomatología ansiosa (Attia et al., 2021; Chlan & Savic, 2011; Taboada et al., 2022). Los autores no explican el momento de evaluación ni los instrumentos empleados, por lo que no es posible especular más razones de la discrepancia.

La frecuencia de los síntomas de ansiedad (39.58%) y depresión (31.25%) señalada por los CPI fue mayor que la de los pacientes, y en sus auto registros indicaron tanto síntomas de ansiedad como de tristeza, a diferencia de los pacientes en los que se observó una tendencia a los primeros. Este resultado concuerda con el 31.6% de CPI de pacientes post cuidados intensivos por COVID-19 con dichos síntomas hallado por Heesakkers y colaboradores (2022). Los resultados a su vez coinciden con estudios previos con CPI de pacientes que estuvieron en cuidados críticos por enfermedades diferentes a COVID-19, en los que se informa que las afectaciones psicológicas más comunes son la ansiedad hasta en un 39% y la depresión hasta en un 36%, las cuales están asociadas a la pérdida de empleo, problemas económicos, interferencia de la enfermedad de sus seres queridos en sus estilos de vida y baja calidad de vida (Beusekom et al., 2016; Labuzetta et al., 2020; Naef et al., 2021).

Por otro lado, los hallazgos difieren de los de Sharma y colaboradores (2020), que encontraron que en el 61.5% de CPI de pacientes críticamente enfermos por COVID-19 existe una

incidencia de síntomas de depresión relacionados con el miedo que experimentan por el progreso de la enfermedad, por el daño que puedan sufrir o por su muerte. La diferencia de puntuaciones se presenta debido a que los pacientes de los cuidadores del estudio anterior aún estaban hospitalizados cuando fueron evaluados, mientras que los cuidadores de esta investigación se evaluaron cuando sus pacientes habían egresado del hospital, al respecto, la mayoría de ellos reportó en la llamada inicial el alivio y alegría que sentían al estar de nuevo con sus seres queridos. Otro estudio con el que difieren los resultados es el realizado durante la pandemia por Czeisler y colaboradores (2021) con CPI de adultos mayores y de pacientes con enfermedades crónicas, en donde el 57.6% presentó síntomas de ansiedad y el 21.5% síntomas de depresión. El mayor porcentaje en los síntomas de ansiedad encontrado por los autores, podría deberse a que realizaron su evaluación en junio de 2020, pocos meses después del inicio de la pandemia; al respecto, Taquet y colaboradores (2021b) informan que a raíz de la pandemia ha habido un incremento significativo en las afectaciones mentales de la población en general, incluidos los trastornos de ansiedad con un aumento del 25.6%. Por otra parte, el presente estudio se llevó a cabo posteriormente (de mayo de 2021 a marzo de 2022), cuando ya se había iniciado la fase de vacunación; algunos autores han señalado que el estar vacunado o que los seres queridos de las personas lo estén se asocia con menores niveles de ansiedad (Babicki et al., 2021; Chen et al., 2022), lo anterior se ha señalado incluso en CPI (Sethi et al., 2022).

Respecto a las características sociodemográficas de los participantes, se encontró una frecuencia inversa entre el sexo de los pacientes y el de sus CPI, mientras que el 78% de pacientes fueron hombres, el 83.3% de CPI fueron mujeres. Estas frecuencias eran las esperadas, pues en hallazgos previos se ha indicado que, en comparación con las mujeres, un mayor número de hombres que son afectados por COVID-19 desarrolla complicaciones (Hu & Wang, 2021). La mayoría de los pacientes tenía hipertensión (68%), diabetes (62%) y el 48% era obeso; además, más de la mitad consumía alcohol (56%) y tabaco (52%). Lo anterior coincide con lo referido en la revisión sistemática de Plasencia y colaboradores (2020) acerca de la Enfermedad Renal Crónica, la Enfermedad Cardiovascular, la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus como las comorbilidades que mayor riesgo implican para una presentación clínica grave en pacientes con COVID-19, seguidas en importancia por las inmunodeficiencias, el hábito de fumar, la Enfermedad Respiratoria Crónica y la Enfermedad Hepática Crónica; a su vez, se coincide con lo mencionado sobre la Diabetes e Hipertensión como factores de riesgo para el desarrollo de LRA (Francisco et al., 2020; Gaínza, 2020). En cuanto a las condiciones de hospitalización, más de la mitad desarrolló delirium (68%), y casi todos fueron sometidos a sedoanalgesia (94%) y bloqueo neuromuscular (76%), condiciones que son comunes en los pacientes graves por COVID-19 en cuidados intensivos y que han sido referidas en la literatura (Hosey & Needham, 2020; Jaywant et al., 2021; Kemp et al., 2020; Martillo et al., 2021). El grado de LRA de la mayoría fue el 3 (64%), de los cuales, el 78% requirió terapia de reemplazo renal y el 20% continuó requiriéndola al darse de alta del hospital, coincidiendo con estudios previos (Casas et al., 2021).

Asimismo, los resultados corroboran que las mujeres comúnmente tienen el papel de CPI y que el tipo de relación más frecuente entre paciente y CPI es de esposos (Galindo et al., 2015; Torres et al., 2018). El nivel socioeconómico máximo de los pacientes y CPI, nivel 3, corresponde con la descripción que se ha hecho de los pacientes que acuden al INER, personas de escasos recursos económicos (Wences y Ambrosio, 2021); lo anterior, corresponde también con lo señalado por el CONEVAL (2020): en el país, 43.9% de mexicanos está en situación de pobreza y 32.6% en situación de vulnerabilidad, los cuales se encuentran con rezago educativo, falta de acceso a servicios de salud y alimentación, falta de servicios básicos en sus hogares, así como escasa calidad y espacios en estos.

## **Conclusión**

Los síntomas de ansiedad en los sobrevivientes de cuidados intensivos por COVID-19 son comunes en los primeros días después de su egreso hospitalario. Los CPI también presentan sintomatología ansiosa y depresiva cuando sus pacientes vuelven a sus hogares. Lo anterior refuerza la idea de la vulnerabilidad tanto de pacientes como de sus cuidadores de padecer alteraciones psicológicas a su egreso de la unidad de cuidados críticos, y apoya la necesidad de la evaluación e intervención psicológica temprana con el objetivo de detectar y atender oportunamente los casos que lo requieren, previniendo que las problemáticas psicológicas repercutan en las conductas de autocuidado, en la adherencia a las indicaciones médicas y en las funciones del cuidador.

Por otra parte, se encontró que, a diferencia de los síntomas de ansiedad, los de depresión no son un problema igual de predominante en los pacientes y su frecuencia no coincide con lo señalado en estudios previos, probablemente esto se debe a variables mediadoras como el apoyo social con el que contaban y que podría ser un factor protector para los síntomas de depresión. Las discrepancias con uno de los antecedentes en el que se evaluó a la misma población que en esta investigación y las diferencias con investigaciones previas sobre pacientes con LRA, sugieren la importancia de considerar los instrumentos psicológicos empleados y el momento de evaluación, así como las características de los pacientes y de su estancia hospitalaria que podrían influir en los resultados.

## **Estudio 2. Eficacia de una intervención psicológica a distancia para pacientes recuperados de COVID-19 con LRA y sus CPI**

### **Objetivos**

#### **Objetivo general**

Determinar la eficacia de una intervención psicológica vía telefónica para reducir la sintomatología ansiosa y depresiva de sobrevivientes de COVID-19 con LRA, así como para reducir la sintomatología de sus CPI.

#### **Objetivos específicos**

- Generar una intervención a distancia para los sobrevivientes de COVID-19 que cursaron con LRA y para sus CPI.
- Comparar la sintomatología ansiosa y depresiva de los participantes antes, durante y después de la intervención psicológica, así como un mes después de concluida ésta.
- Identificar dificultades de los participantes para implementar las técnicas y proponer estrategias para su solución.
- Evaluar la percepción de utilidad de las técnicas por parte de los participantes.

### **Hipótesis**

- $H_{i1}$ : La intervención psicológica a distancia disminuirá los síntomas de ansiedad y depresión de moderados-graves a leves-ausentes.
- $H_{o1}$ : La intervención psicológica a distancia no disminuirá los síntomas de ansiedad y depresión de moderados-graves a leves-ausentes.
- $H_{i2}$ : Los efectos de la intervención sobre los síntomas de ansiedad y depresión se mantendrán en el seguimiento a un mes.
- $H_{o2}$ : Los efectos de la intervención sobre los síntomas de ansiedad y depresión no se mantendrán en el seguimiento a un mes.

## Método

### Diseño

El esquema de este segundo Estudio se ajustó a un diseño de caso único intrasujetos A-B con un seguimiento. En este diseño el participante funciona como su propio control. Se toman medidas repetidas de las conductas blanco (auto registro de tristeza y de síntomas de ansiedad) en la fase A, la cual, involucra una serie de observaciones de línea base de la frecuencia natural de estas conductas; asimismo, se toman medidas repetidas de las conductas blanco en la fase B, cuando la variable de tratamiento es introducida y se espera observar cambios en las conductas (Kazdin, 2021). Este diseño se consideró adecuado debido a su utilidad cuando el campo de conocimiento aún no ha sido suficientemente explorado y no se conoce la mejor intervención para una población en particular, es decir, se contempla para la fase de diseño y evaluación de los componentes específicos de una intervención, pues permite observar los cambios en las conductas objetivo en cada momento (Shaffer et al., 2018; Tate & Perdices, 2020).

Se tuvieron tres medidas de línea base (A): dos retrospectivas que se tomaron durante el primer Estudio y una más correspondiente a la semana que transcurrió desde la llamada de evaluación inicial hasta la llamada para iniciar con la primera sesión de psicoterapia; y se tuvieron de cinco a seis medidas durante la intervención (B), además de una de seguimiento un mes después de concluida ésta.

### Participantes

En el Estudio uno se encontró que 15 participantes (siete pacientes y ocho CPI) tuvieron síntomas de ansiedad y/o depresión moderados o graves. Después de excluir a cuatro CPI debido a que dos no aceptaron y dos ya contaban con atención psicológica, se consideró a 11 participantes (siete pacientes y cuatro CPI) para la intervención psicológica. Lo anterior, de acuerdo con lo propuesto por Kroenke y Spitzer (2002), que señalan que la intervención cognitivo conductual se brinde a partir de puntuaciones moderadas. Las personas con puntuaciones leves se monitorearon tres meses después por parte del servicio de psicología post COVID-19 del INER.

### *Criterios de inclusión*

- Hombres y mujeres recuperados de COVID-19 que cursaron con LRA con puntuación de sintomatología moderada o grave ansiosa ( $GAD-7 \geq 10$ ) y/o depresiva ( $PHQ-9 \geq 10$ ).
- CPI de los sobrevivientes de COVID-19 y LRA que tuvieron puntuación de sintomatología moderada o grave ansiosa ( $GAD-7 \geq 10$ ) y/o depresiva ( $PHQ-9 \geq 10$ ).

### *Criterios de exclusión*

- Que se encontraran en tratamiento psicológico, psiquiátrico o tanatológico.

- Que se encontraran en proceso de duelo por la pérdida de un ser querido, con autolesiones o abuso de sustancias tóxicas.

### ***Criterios de eliminación***

- Que retiraran su consentimiento para participar en el estudio.
- Que no contestaran la llamada telefónica (máximo tres intentos).

### **Pacientes**

Los siete pacientes que presentaron ansiedad y/o depresión moderada o grave fueron varones de entre 30 y 78 años; la mayoría católicos, casados, dedicados a algún oficio y residentes de la Ciudad de México o de algún estado de la república. Todos contaban con algún grado de escolaridad formal. La mayoría tenía como CPI a su esposa o pareja. Solo el paciente 13 reportó antecedentes de problemas en salud mental, comentando que se autolesionaba hace años sin recibir un tratamiento psicológico ni psiquiátrico, asimismo, este paciente señaló que antes de enfermar consumía alcohol cada ocho días hasta la embriaguez; respecto a este último tema, todos, con excepción del paciente 17, refirieron que consumían alcohol de manera eventual. En lo que respecta al consumo de tabaco, los pacientes 2, 33 y 44 indicaron realizarlo eventualmente antes de enfermar. Como comorbilidades, cada uno de los pacientes tenía sobrepeso u obesidad; adicionalmente, la mayoría tenía diabetes e hipertensión (véase tabla 5).

En lo referente a los datos de hospitalización, los pacientes estuvieron entre 22 y 65 días internados, la mayoría cursó con LRA grado 3 y requirió hemodiálisis (con excepción del paciente 2 que tuvo LRA grado 2), a su alta ninguno continuó requiriendo dicho tratamiento. Los pacientes anteriores requirieron sedoanalgesia y bloqueo neuromuscular durante su estancia hospitalaria y fueron sometidos a ventilación mecánica invasiva, de los cuales, cuatro tuvieron traqueostomía y tres presentaron delirium, para lo que les administraron antipsicóticos. Adicionalmente, al paciente 30 le administraron pregabalina y benzodiacepinas debido al dolor de pies intenso (véase tabla 5).

**Tabla 5**

*Datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes que recibieron la intervención psicológica (n = 7)*

	<b>Paciente 2</b>	<b>Paciente 10</b>	<b>Paciente 13</b>	<b>Paciente 17</b>	<b>Paciente 30</b>	<b>Paciente 33</b>	<b>Paciente 44</b>
Edad	72	49	42	78	30	43	54
Estado civil	Casado	Unión libre	Divorciado	Casado	Unión libre	Casado	Casado
Escolaridad	Secundaria	Licenciatura	Primaria	Primaria	Bachillerato	Bachillerato	Secundaria
Ocupación	Oficio	Profesión	Oficio	Jubilado	Oficio	Oficio	Oficio
CPI	Esposa	Concubina	Mamá	Hija	Pareja	Hermana	Esposa
Religión	Católico	Católico	Católico	Católico	Católico	Cristiano	Católico
Residencia	Morelos	Querétaro	CD MX	CD MX	Oaxaca	Edo. Méx.	CD MX
N.S. <sup>a</sup>	3	3	2	3	1	2	3
Comorbilidad	Diabetes HTA <sup>b</sup> Sobrepeso	Diabetes HTA Obesidad I	Diabetes Sobrepeso Monorreno	Diabetes HTA Obesidad I	HTA Obesidad II	Diabetes HTA Sobrepeso Monorreno	Diabetes HTA Obesidad III SAOS <sup>c</sup>
Días hospital	27	24	22	57	48	65	52
TPD <sup>d</sup>	No	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Delirium y antipsicótico	No	Sí	No	No	Sí	No	Sí

*Nota.* <sup>a</sup>N.S. = nivel socioeconómico (a mayor número, mayor nivel). <sup>b</sup>HTA = hipertensión arterial. <sup>c</sup>SAOS = síndrome de apnea obstructiva del sueño. <sup>d</sup>TPD = traqueostomía percutánea por dilatación.

### **Cuidadores primarios informales (CPI)**

Los CPI que tuvieron síntomas de ansiedad y/o de depresión y recibieron la intervención psicológica fueron cuatro: tres mujeres y un hombre, de entre 27 y 55 años de edad, con diferente parentesco con sus pacientes. Todos los cuidadores eran católicos, con algún grado de escolaridad formal, dedicándose dos de ellas a un oficio, una era ama de casa y el varón tenía una profesión. Una de las cuidadoras era residente de la Ciudad de México, el cuidador era residente del Estado de México y las dos restantes eran residentes de otros estados. Únicamente la CPI 13 señaló antecedentes de problemas psicológicos, comentó haber recibido terapia psicológica hace dos años por diagnóstico de Depresión relacionado con Hipotiroidismo, fue también la única que padecía una enfermedad crónica. El CPI 15 y la CPI 22 señalaron beber alcohol y consumir tabaco de manera ocasional (véase tabla 6).

**Tabla 6**

*Datos sociodemográficos y clínicos de los CPI que recibieron la intervención psicológica (n = 4)*

	<b>CPI 4</b>	<b>CPI 13</b>	<b>CPI 15</b>	<b>CPI 22</b>
Paciente	Esposo	Mamá	Abuelo	Hermano
Sexo	Femenino	Femenino	Masculino	Femenino
Edad	31	32	27	55
Estado civil	Casada	Unión libre	Soltero	Divorciada
Escolaridad	Secundaria	Bachillerato	Licenciatura	Secundaria
Ocupación	Oficio	Ama de casa	Profesión	Oficio
Residencia	CD MX	Chiapas	Edo. Méx.	Oaxaca

## **Materiales**

### ***Manual de Terapia Cognitivo Conductual para el tratamiento de las afectaciones psicológicas de sobrevivientes de cuidados críticos y sus CPI***

Fue adaptado del *Manual de Terapia Cognitivo Conductual breve y grupal para la prevención y tratamiento de depresión y ansiedad en pacientes con Enfermedad Renal Crónica* (Lerma et al., 2016), mismo que se desarrolló a partir del *Manual de Terapia Psicológica para mejorar la calidad de vida del paciente con Diabetes Mellitus* y que se encontró efectivo para la reducción de síntomas de ansiedad y depresión en dichas personas (Robles, 2002). Contiene una descripción clara y detallada de la aplicación de cada uno de los módulos de la intervención psicológica: relajación, auto reforzamiento, identificación de pensamientos automáticos y su modificación, afrontando los problemas, prevención de recaídas y cierre del tratamiento. Con base en las necesidades presentadas por dos de los participantes, fue necesario incluir un módulo extra para ellos, el módulo seis de higiene del sueño, adaptado del *Manual de Terapia de Grupo Para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de la Depresión. Aprendiendo a Manejar Su Realidad Personal* (Muñoz et al., 2003). La técnica de solución de problemas no se abordó en los manuales mencionados previamente, pero resultó importante incluirla debido a la eficacia que ha demostrado para los CPI (Applebaum & Breitbart, 2013; Lally y Brooks, 2016; Malouff et al., 2007; Northouse et al., 2010), así que se elaboró el módulo dedicado al entrenamiento en dicha técnica con base en el *Manual de Tratamiento. Terapia de Solución de Problemas* (Nezu, Nezu & D'Zurilla, 2014). Véase anexo 5.

## **Variables e instrumentos**

Las variables e instrumentos correspondientes a este segundo Estudio fueron los mismos que los descritos en el Estudio uno: sintomatología ansiosa medida con la Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7), sintomatología depresiva medida con el Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9), y el registro de la percepción de síntomas de ansiedad y tristeza. Véase anexos 2, 3 y 4. Consulte el Estudio uno para mayor información.

### ***Cuestionario del uso y utilidad percibida de las técnicas***

Se elaboró especialmente para este estudio y está basado en el propuesto por Greenberger y Padesky (2016) en el libro *El control de tu estado de ánimo*. Se enlistan las técnicas que conformaron los módulos de la intervención psicológica, y para cada una se evalúa el uso: ¿Utiliza esta técnica?, utilidad: ¿Qué tan útil le ha sido? y uso futuro: ¿Cree que la volverá a usar? Lo anterior pidiendo al paciente que responda sí/no a la pregunta de uso y a la de uso futuro, y que puntúe del cero al 10 la pregunta de utilidad (véase anexo 6).

## **Escenario**

Fue el mismo que en el Estudio uno. En el pabellón seis, se procuró que se contara con ambientes de comunicación adecuados en una habitación tranquila para cada una de las llamadas telefónicas con los participantes. Previamente se corroboraba una señal telefónica óptima, y se aseguraba la privacidad y confidencialidad tanto del participante como del terapeuta.

## **Procedimiento**

Durante el Estudio uno, si el participante tenía síntomas de ansiedad y/o depresión moderados o graves en los instrumentos aplicados, se procedía a realizar los primeros registros retrospectivos de sus síntomas experimentados durante las últimas dos semanas: línea base uno (LB1) y línea base dos (LB2). Al finalizar, se le pedía al participante que llenara diariamente durante esa semana el auto registro que se le enviaba a través de un mensaje en la aplicación WhatsApp, así se obtenía la línea base tres (LB3).

Una semana después de la evaluación inicial (Estudio uno), se contactaba al participante (paciente o CPI con síntomas ansiosos y/o depresivos moderados o graves) para comenzar con la intervención psicológica. La aplicación de los cuestionarios GAD-7 y PHQ-9 se realizó en cuatro momentos: en la primera llamada (en el Estudio uno), 15 días después, al terminar la intervención y en el seguimiento; mientras que los auto registros de síntomas de ansiedad y tristeza los enviaban diariamente por un mensaje de WhatsApp y la terapeuta sumaba las puntuaciones para obtener una puntuación semanal (que podía ir del cero al 21) durante todo el tiempo que duró la terapia psicológica. Además, en la llamada de seguimiento se realizaba el último registro de síntomas de los participantes de manera retrospectiva.

### ***Intervención psicológica vía telefónica***

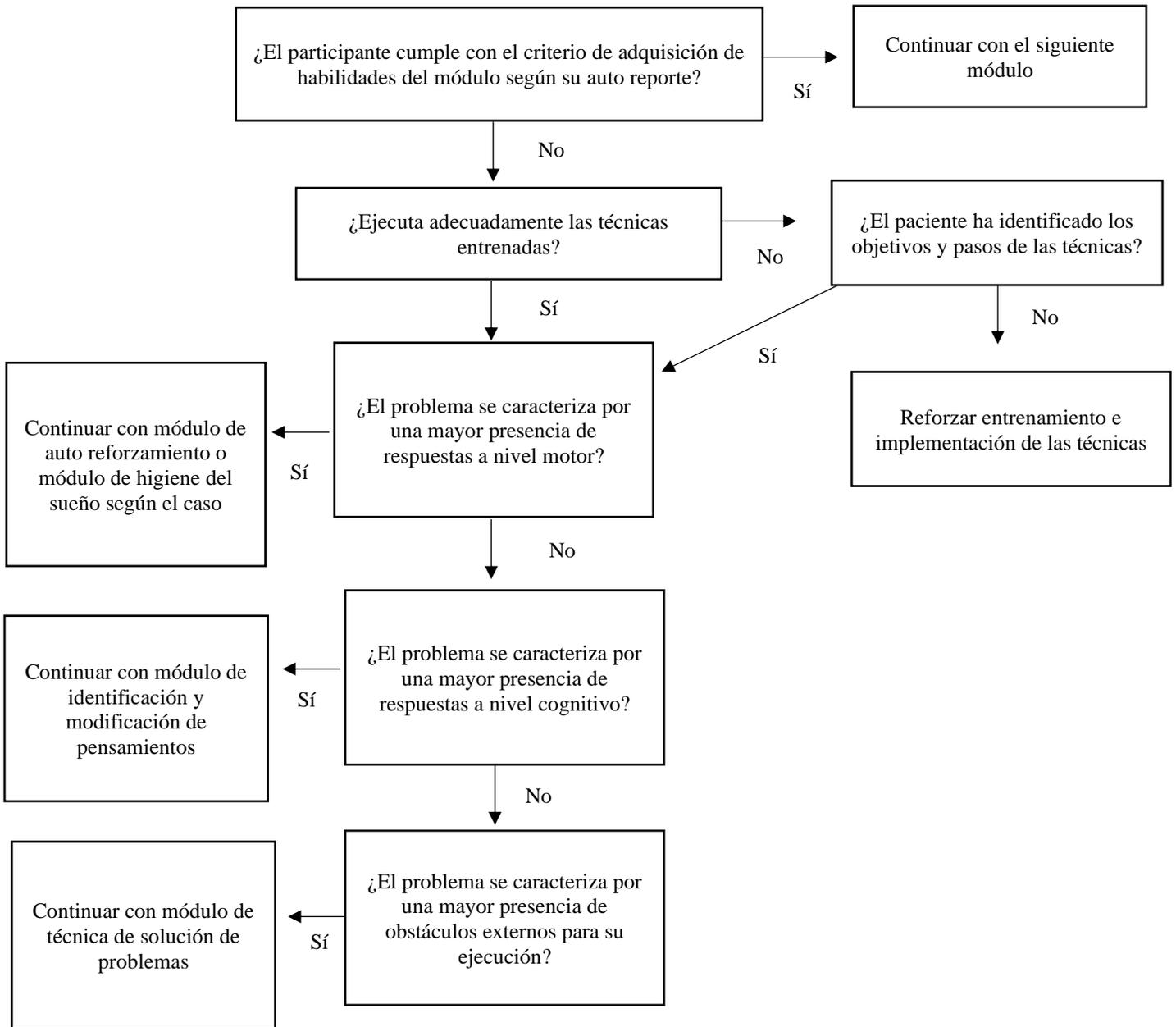
Basada en la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), la cual ha demostrado ser efectiva como tratamiento no farmacológico de primera línea para diversos síntomas psicológicos y trastornos mentales (Hofmann et al., 2012; Li et al., 2020; López et al., 2021; Petrínek et al., 2021; Sharafkhaneh et al., 2017; Wei et al., 2020), así como para los CPI de personas con enfermedades crónicas (Instituto Nacional de Cáncer, s.f.; Meichsner et al., 2019; Vázquez et al., 2015; Wilz & Soellner, 2016), incluso cuando se administra por teléfono (Castro et al., 2020; Lamb et al., 2018; Petrínek et al., 2021).

La intervención vía llamada telefónica tuvo una modalidad individual, con sesiones semanales de 60 minutos de duración. Fue implementada por una Licenciada en Psicología, residente de la maestría en Medicina Conductual, con formación en TCC y experiencia en el tratamiento de diversos padecimientos psicológicos en adultos en general y en mujeres con cáncer. En cuanto a sus habilidades destacan la evaluación psicológica a través de la entrevista clínica y la aplicación e interpretación de instrumentos psicométricos, la formulación de caso, el diseño del plan de tratamiento, la aplicación de técnicas cognitivo conductuales y la intervención en crisis; aunado a lo anterior, recibió un curso sobre las generalidades de la función renal normal y anormal antes de iniciar las sesiones de intervención. Además, previamente al inicio de la aplicación de la intervención y a manera de práctica, la terapeuta realizó tres evaluaciones vía telefónica a pacientes egresados del INER, las cuales fueron revisadas y retroalimentadas por una Doctora en Psicología de la Salud con experiencia en la evaluación a distancia. Para asegurar la integridad de la intervención, se siguió el Manual descrito previamente (véase anexo 5). Estuvo conformada por cinco módulos y uno adicional para los participantes con problemas de sueño, también, se contó con una sesión de seguimiento después de un mes.

Aunque cada módulo estuvo diseñado para ser abordado en una sola sesión (con excepción del módulo de detección de pensamientos automáticos y su modificación para el que se contemplaron dos sesiones), la intervención se adecuó a las necesidades de cada participante, considerándose para cada módulo un criterio de adquisición de habilidades, con el fin de conocer si los participantes ponían en práctica las técnicas en su vida cotidiana y para saber si era pertinente pasar a un siguiente módulo (Tate & Perdices, 2020); por lo tanto, el número de sesiones podía ser diferente para cada participante (véase figura 4). Al final de cada sesión se les enviaban por mensaje de WhatsApp plantillas que resumían el contenido visto en la sesión y actividades para realizar en casa (véase anexo 7).

En el seguimiento un mes después de la sesión de prevención de recaídas, se reforzaba al participante por implementar las técnicas, se le pedía responder los instrumentos psicológicos y se hacía un registro retrospectivo de sus síntomas ansiosos y de tristeza durante la última semana. Se mencionaba que ésa sería la última sesión y se dejaba cita abierta por si el participante consideraba necesitar reforzar alguna de las técnicas posteriormente (véase tabla 7).

**Figura 4.** *Flujograma para la implementación de los módulos que conforman la intervención*



*Nota.* Adaptado de Olvera y colaboradores (2021).

**Tabla 7***Componentes de las sesiones de intervención*

<i>Módulo</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Técnicas</i>	<i>Materiales</i>	<i>Criterio de adquisición de conocimientos y habilidades</i>
<b>1</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Explicar los síntomas de ansiedad y depresión</li> <li>2. Describir la TCC y su utilidad para el manejo del malestar del participante</li> <li>3. Explicar en qué consiste la RD y la RMP y entrenar en su realización</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Psicoeducación</li> <li>❖ RD</li> <li>❖ RMP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plantilla de relación entre emoción, conducta, pensamiento y reacciones físicas</li> <li>• Audio de RMP. Protocolo “Menninger” (Sánchez, 2020)</li> <li>• Video de RD del INP, 2021</li> <li>• Plantilla de relajación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Explicación detallada de los pasos a seguir cuando practica la RD y la RMP</li> <li>▪ Que mencione al menos un resultado relajante después de practicar el ejercicio durante la semana</li> </ul>
<b>2</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Enseñar la relación entre los síntomas de depresión y la falta de reforzamiento</li> <li>2. Entrenar en la aplicación del auto reforzamiento fomentando actividades placenteras o que implican logros</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Psicoeducación</li> <li>❖ Auto reforzamiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plantilla de auto reforzamiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realizar durante la semana al menos una actividad placentera y una de logro auto reforzándose</li> </ul>
<b>3</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Enseñar la relación entre los síntomas de depresión y ansiedad y los pensamientos automáticos</li> <li>2. Entrenar en la identificación de los pensamientos automáticos y el uso del modelo ABC</li> <li>3. Entrenar en la modificación de los pensamientos automáticos a través del análisis de la evidencia y la generación de pensamientos alternativos</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Psicoeducación</li> <li>❖ Modelo ABC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plantillas de pensamientos automáticos y modelo ABC</li> <li>• Plantilla de modificación de pensamientos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sesión uno del módulo: El participante logra identificar al menos un pensamiento automático que tuvo durante la semana</li> <li>• Sesión dos del módulo: El participante genera un pensamiento alternativo para los pensamientos automáticos que tuvo en la semana</li> </ul>

<b>4</b>	<p>1. Entrenar en el uso del MSP para que sea adoptado y empleado por el paciente para enfrentar las dificultades durante su recuperación (durante el cuidado de su paciente en el caso de los CPI)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Psicoeducación</li> <li>❖ MSP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plantilla del MSP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El participante desarrolla los pasos del modelo hasta llegar a la solución con mayores ventajas y menos desventajas y lo implementa con resultados favorables</li> </ul>
<b>5</b>	<p>1. Resumir las técnicas trabajadas durante la intervención y enfatizar la importancia de la práctica</p> <p>2. Mostrar las medidas de acción en caso de volver a presentar síntomas de ansiedad y/o depresión</p> <p>3. Concluir el tratamiento solucionando posibles dudas y pidiendo retroalimentación a los participantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Psicoeducación</li> <li>❖ MSP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuestionario del uso y utilidad percibida de las técnicas aprendidas (Greenberger &amp; Padesky, 2016)</li> </ul>	
<b>6 extra</b>	<p>1. Entrenar en higiene del sueño para mejorar los hábitos de sueño del participante</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Psicoeducación</li> <li>❖ Higiene del sueño</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plantilla de higiene del sueño</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El participante implementa una rutina a la hora de dormir que le permite conciliar y mejorar su sueño</li> </ul>

---

*Nota.* Módulo 1: Relajación. Módulo 2: Auto reforzamiento. Módulo 3: Identificación de pensamientos automáticos y su modificación. Módulo 4: Afrontando los problemas. Módulo 5: Prevención de recaídas. Módulo 6 (extra): Higiene del sueño. TCC = Terapia Cognitivo Conductual. RD = Respiración Diafragmática. RMP = Relajación Muscular Progresiva. MSP = Modelo de Solución de Problemas.

## **Análisis estadístico**

Las puntuaciones de los cuestionarios PHQ-9 y GAD-7, así como los datos del auto registro de síntomas de ansiedad y tristeza, se capturaron en una base de datos en Excel. Al terminar la intervención los datos se analizaron a través del programa estadístico SPSS versión 21.

### ***GAD-7 y PHQ-9***

Se realizó un análisis descriptivo de las medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar y rango), y se calcularon frecuencias y porcentajes de las puntuaciones en GAD-7 y en PHQ-9 (pretest, evaluación intermedia, post test, seguimiento). Se emplearon pruebas estadísticas no paramétricas para los análisis de prueba de hipótesis debido a que el nivel de medición de las variables fue ordinal y dado que no se probó una distribución normal mediante la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk. Para evaluar si los cambios en las puntuaciones de dichos instrumentos resultaron significativos a partir de la intervención, se realizó un análisis de medidas repetidas utilizando la prueba de Friedman para el caso de más de dos mediciones y como post hoc, la prueba de rangos con signo de Wilcoxon. El criterio de significancia estadística fue de  $p < 0.05$ . La distribución de los datos en cada momento de medición se muestra a través de diagramas de caja y bigote.

Para conocer la magnitud del cambio grupal a partir de la intervención, se calculó el tamaño del efecto o correlación biserial ( $r_{bis}$ ) de los pares de comparaciones que fueron significativos mediante una calculadora del tamaño del efecto en línea (Easy Calculation.com, s.f.), considerando como puntos de corte: de 0 a 0.09 nulo, de 0.10 a 0.29 pequeño, de 0.30 a 0.49 mediano y de 0.50 en adelante, grande (Domínguez, 2018). Asimismo, para evaluar la significancia clínica, es decir, la eficacia del tratamiento con base en qué tanto generó cambios valiosos en cada participante, se empleó el índice de Cambio Clínico Objetivo de Cardiel (CCO). En este índice se estima la magnitud del cambio del tratamiento en función de la condición inicial de cada participante, se computa el porcentaje de cambio como la diferencia entre la puntuación de post test y pre test dividida entre el pre test. Se consideraron clínicamente significativos los cambios mayores a 0.20 (Cardiel, 1994).

### *Auto registro de síntomas de ansiedad y tristeza*

- Análisis visual: Se evalúa la intervención con base en presentaciones gráficas de los datos, en donde se comparan los niveles (media y mediana) y las tendencias de línea de cada uno de los datos entre la fase A y B, lo anterior con el objetivo de inferir si un cambio confiable ha sido demostrado y si esto puede ser atribuido a la intervención (Kazdin, 2021; Krasny & Evans, 2018). A pesar de la utilidad de este análisis, se han documentado los posibles sesgos de confiabilidad a la hora de interpretar los datos únicamente con este medio (kazdin, 2021), por lo que para complementar se empleó el análisis estadístico.
- Análisis estadístico: Es capaz de identificar tendencias en los datos que no son visibles en el análisis visual. Se decidió utilizar el índice de la no superposición de todos los pares: Non Overlap of all Pairs (NAP por sus siglas en inglés), el cual, es un análisis que compara las superposiciones de los datos, todos los datos de la fase A con los puntajes de la fase B y el seguimiento. Se consideraron los siguientes valores de criterio: 0-0.65 efecto débil, 0.66-0.92 efecto medio, 0.93-1 efecto fuerte (Parker y Vannest, 2009). Se empleó el programa en línea Single-case effect size calculator para su cálculo (Pustejovsky et al., 2021).

A pesar de que en los datos de línea base de algunos de los participantes se observó una tendencia a la baja, no se eligió el índice estadístico de no solapamiento con control de tendencia de línea base Tau-U debido a que requiere una longitud amplia de evaluaciones en línea base (más de cinco) para poder corregir dicha tendencia (Tarlow, 2017), lo cual no se cumple en este estudio.

Por último, respecto al cuestionario de percepción de utilidad de las técnicas, se calculó el promedio de utilidad de cada una.

## Resultados

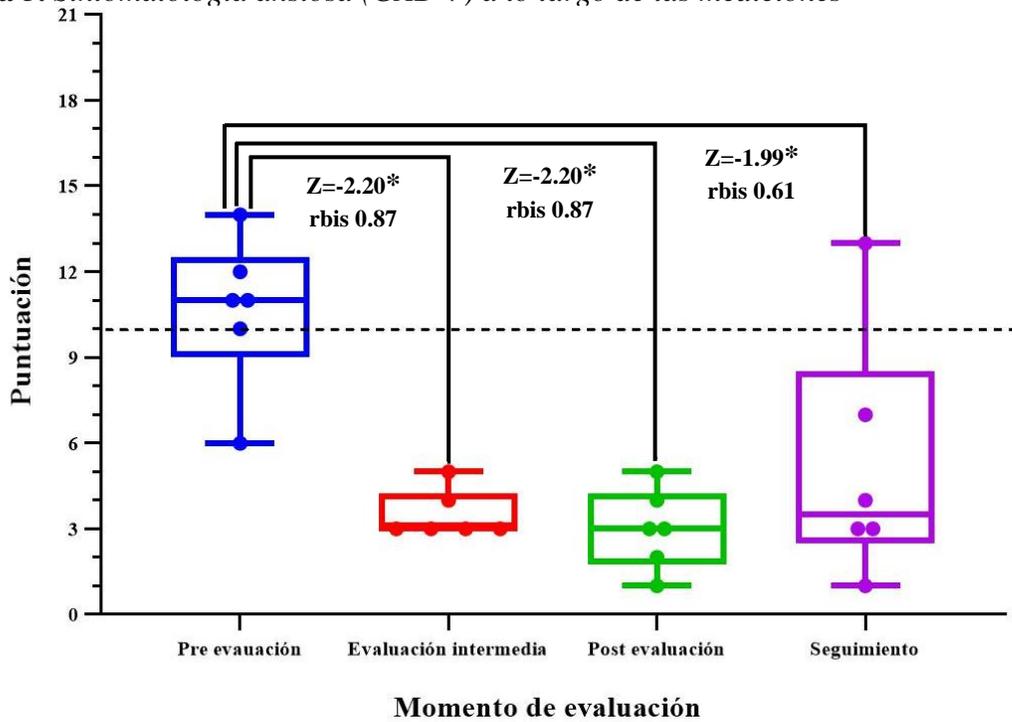
Inicialmente se brindó la terapia psicológica a cuatro CPI y siete pacientes, de los cuales, se eliminaron tres CPI y un paciente, por lo que no se consideraron sus datos para el análisis de los resultados. Las razones por las que dichos participantes no concluyeron la intervención fueron las siguientes: el paciente 10 refirió sentirse mejor después del primer módulo; la CPI 4 terminó los módulos, pero no respondió la llamada de seguimiento; la CPI 13 no finalizó porque fue hospitalizada por preeclampsia y la CPI 22 porque no disponía de tiempo. Los seis pacientes y el CPI completaron los módulos entre seis y siete sesiones.

### **Instrumentos psicométricos: GAD-7 y PHQ-9**

En esta sección se incluyen los datos de los seis pacientes que terminaron la intervención. No se realizó análisis grupal de los CPI debido a que solo uno concluyó, por lo que únicamente se presenta el índice de Cambio Clínico Objetivo de Cardiel de dicho participante.

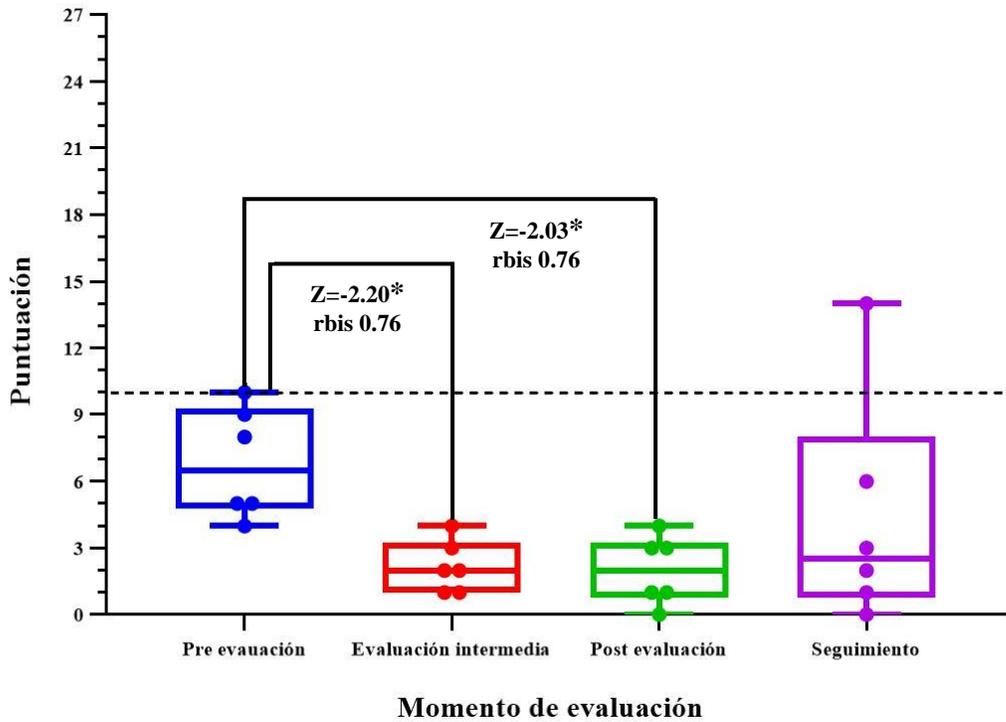
En la evaluación inicial, los pacientes tuvieron síntomas de ansiedad con media de  $10.67 \pm 2.65$  y de depresión con media de  $6.83 \pm 2.48$ . Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las cuatro mediciones de evaluación, tanto para la sintomatología ansiosa ( $\chi^2 = 9.89$ ,  $p = 0.019$ ) como para la sintomatología depresiva ( $\chi^2 = 9.54$ ,  $p = 0.023$ ). Los pares de mediciones entre los que hubo diferencias estadísticamente significativas fueron, en GAD-7: pre evaluación  $\bar{x} = 10.67 \pm 2.65$  vs. intermedia  $\bar{x} = 3.50 \pm 0.83$ , pre evaluación vs. post evaluación  $\bar{x} = 3 \pm 1.41$ , y pre evaluación vs. seguimiento  $\bar{x} = 5.17 \pm 4.30$ . En PHQ-9 las diferencias se observaron entre: pre evaluación  $\bar{x} = 6.83 \pm 2.48$  vs. intermedia  $\bar{x} = 2.17 \pm 1.16$ , y pre evaluación vs. post evaluación  $\bar{x} = 2 \pm 1.54$ . El tamaño del efecto clínico (rbis) fue grande en dichos pares de comparaciones. Aunado a lo anterior, en ambas variables se observó una menor dispersión de los datos después de la intervención que aumentó nuevamente en el seguimiento (véase figura 5 y 6).

**Figura 5.** Sintomatología ansiosa (GAD-7) a lo largo de las mediciones



Nota. Rango teórico: 0–21; síntomas moderados o graves  $\geq 10$ ; \* $p < 0.05$  significativo; rbis  $> 0.50$  cambio grande.

**Figura 6.** Sintomatología depresiva (PHQ-9) a lo largo de las mediciones



Nota. Rango teórico: 0–27; síntomas moderados o graves  $\geq 10$ ; \* $p < 0.05$ , significativo; rbis  $> 0.50$  cambio grande.

**Tamaño del efecto. Cambio Clínico Objetivo de Cardiel (CCO)**

Todos los participantes tuvieron un cambio clínico después de la intervención, con excepción del paciente 13 en el caso de su sintomatología depresiva, lo anterior se muestra en la tabla 8.

**Tabla 8**

*Cambio Clínico Objetivo (CCO) en PHQ-9 y GAD-7*

<b>Participante</b>	<b>CCO PHQ-9</b>	<b>CCO GAD-7</b>
Paciente 2	-0.7	-0.33
Paciente 13	0*	-0.81
Paciente 17	-1	-0.5
Paciente 30	-0.8	-0.75
Paciente 33	-0.4	-0.78
Paciente 44	-0.87	-0.90
CPI 15	-0.71	-0.85

*Nota.* \*Sin cambio < 0.20

### Auto registros de percepción de síntomas de ansiedad y tristeza

En la tabla 9 se puede apreciar a través de la media y la mediana que, en todos los casos el nivel de síntomas de ansiedad disminuyó, así como el nivel de tristeza, con excepción del paciente 13 que se mantuvo tanto en A como en B con puntuaciones de 0 la mayor parte del tiempo.

**Tabla 9**

*Nivel de síntomas de ansiedad y tristeza en línea base (LB) e intervención*

	Registro de síntomas de ansiedad		Registro de tristeza	
	LB	Intervención	LB	Intervención
Paciente 2	14.33/18	7.57/7	15/18	7.43/6
Paciente 13	6/7	2/0	1.33/0	1.33/0
Paciente 17	13.67/17	2.71/2	13.67/17	3.14/0
Paciente 30	15.67/13	1.71/1	7.33/1	0.71/0
Paciente 33	12.33/11	2.71/2	2.67/4	0.57/0
Paciente 44	14/14	4.86/2	6.33/6	4/2
CPI 15	10/11	2.17/1.50	7/6	0.50/0

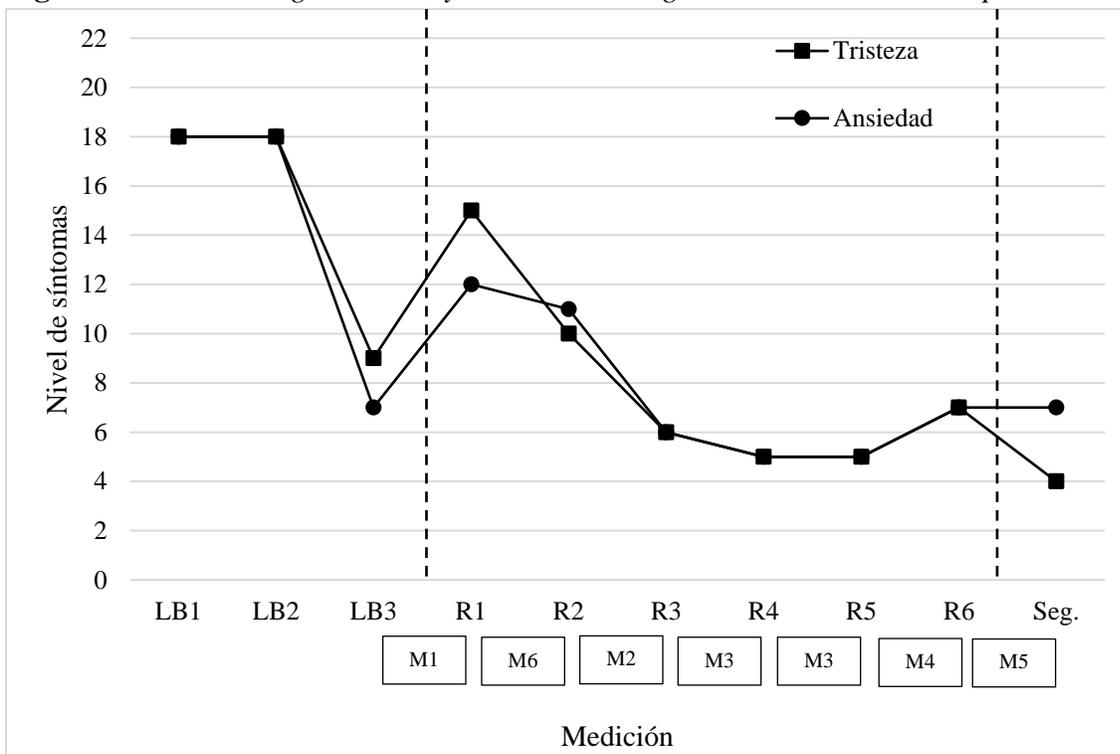
*Nota.* Media/mediana.

El análisis visual de los datos a través de los gráficos muestra la tendencia de los cambios desde la línea base hasta el seguimiento en los niveles de ansiedad y de tristeza semanales indicados por cada participante.

### ***Paciente 2***

El paciente 2 señaló un nivel de 18 puntos en sus síntomas de ansiedad y tristeza durante la última semana de hospitalización y durante la primera semana en casa. Dichas puntuaciones disminuyeron entre la llamada de evaluación y la primera sesión de intervención e incrementaron en la segunda sesión (después del módulo de relajación), sin embargo, en R2 volvieron a disminuir (después del módulo de higiene del sueño); cabe mencionar que la principal fuente de ansiedad y tristeza del paciente era la dificultad que tenía para conciliar el sueño y despertares nocturnos, además de su preocupación por recuperarse. En los registros posteriores, sus síntomas continuaron disminuyendo y completó sin contratiempos todos los módulos. A pesar de lo anterior, en R6 que fue la última sesión (prevención de recaídas), sus síntomas incrementaron dos puntos debido a que estaba preocupado y triste porque tenía que hacer trámites de su pensión en Morelos y el médico le señaló que no podía viajar; mencionó haber controlado sus emociones y encontró la solución al problema empleando las técnicas vistas anteriormente. En el seguimiento, el nivel de síntomas de ansiedad se mantuvo y el de tristeza bajó tres puntos.

**Figura 7.** *Sintomatología ansiosa y tristeza a lo largo de las mediciones del paciente 2*

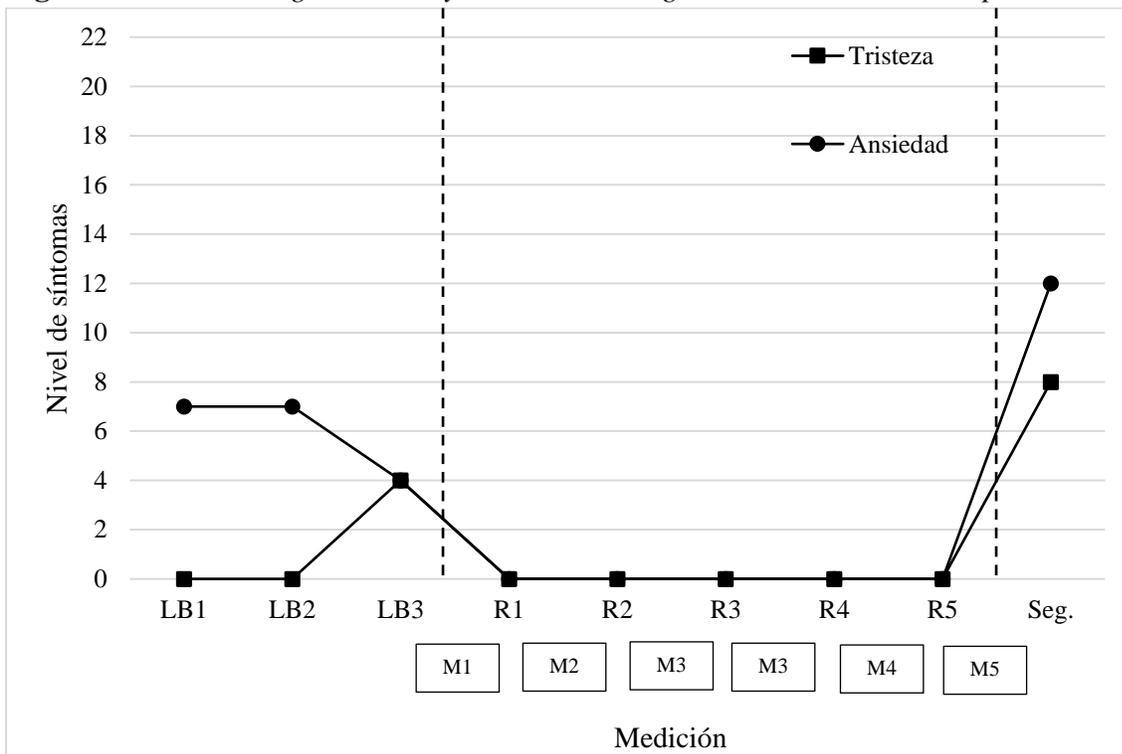


*Nota.* LB = línea base: LB1= última semana de hospitalización, LB2 = primera semana en casa, LB3 = semana antes de la primera sesión de intervención. R = registro semanal. Seg. = seguimiento. M = módulo: M1 = Relajación, M2 = Auto reforzamiento, M3 = Identificación de pensamientos automáticos y su modificación, M4 = Afrontando los problemas, M5 = Prevención de recaídas, M6 (extra) = Higiene del sueño.

### Paciente 13

El paciente 13 reportó síntomas de ansiedad de siete puntos y niveles nulos de tristeza en el primer registro correspondiente a la última semana que estuvo en el hospital, así como durante la primera semana en casa. No obstante, hubo un incremento de su tristeza entre la primera llamada realizada y la primera sesión de intervención, esto debido a que durante la semana presentó pensamientos negativos sobre su condición física después de haber estado hospitalizado; además, tuvo una disminución de sus síntomas de ansiedad. Los síntomas tanto de ansiedad como de tristeza disminuyeron después de la primera sesión (módulo de relajación), manteniéndose con niveles nulos hasta la última sesión; no tuvo dificultad en conseguir el criterio de adquisición de habilidades de ningún módulo. A pesar de lo anterior, en el seguimiento incrementó su puntuación de síntomas debido a dificultades en su relación con sus hijos y su ex esposa, se le ofrecieron sesiones adicionales de terapia psicológica, pero dejó de contestar las llamadas.

**Figura 8.** Sintomatología ansiosa y tristeza a lo largo de las mediciones del paciente 13

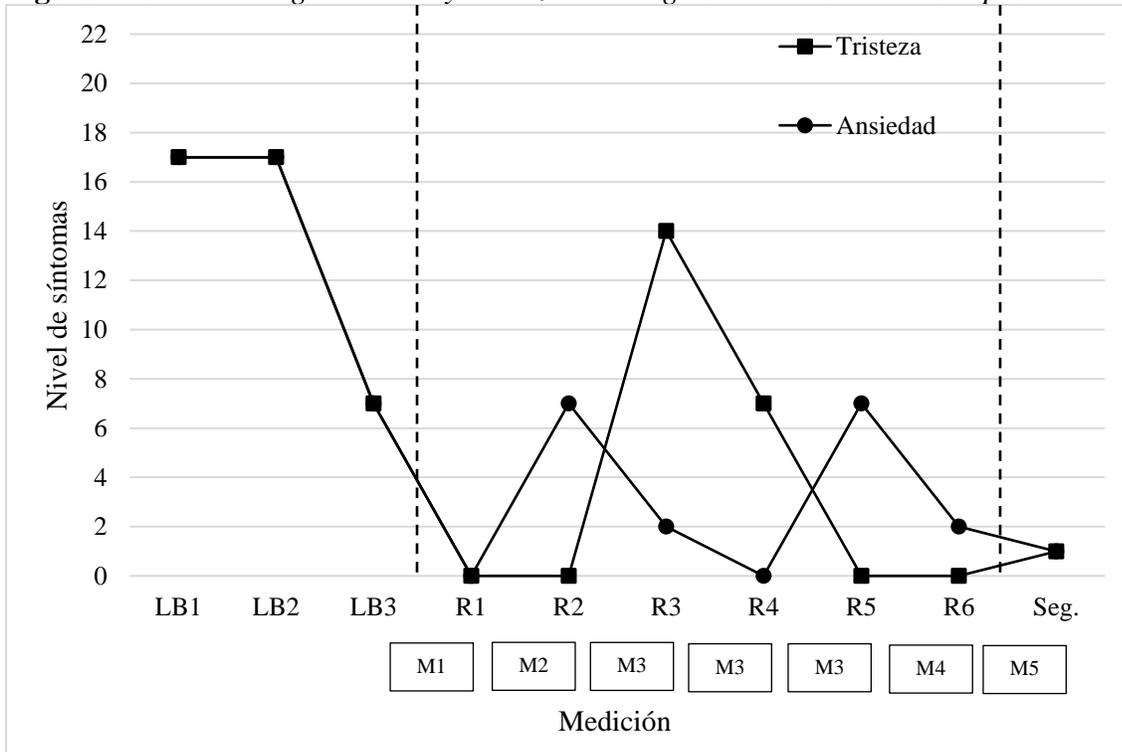


*Nota.* LB = línea base: LB1= última semana de hospitalización, LB2 = primera semana en casa, LB3 = semana antes de la primera sesión de intervención. R = registro semanal. Seg. = seguimiento. M = módulo: M1 = Relajación, M2 = Auto reforzamiento, M3 = Identificación de pensamientos automáticos y su modificación, M4 = Afrontando los problemas, M5 = Prevención de recaídas, M6 (extra) = Higiene del sueño.

### Paciente 17

El paciente 17 señaló un nivel de 17 puntos en sus síntomas de tristeza y ansiedad durante la última semana de hospitalización y a lo largo de la primera semana en casa, sin embargo, los síntomas disminuyeron entre la llamada de evaluación y la primera sesión de intervención. Su sintomatología ansiosa se vio incrementada en R2 y R5, que fueron semanas en las que tuvo que acudir varios días a consulta en el INER y le preocupaba su condición física, además de que peleaba con sus hijas por su dificultad para seguir las indicaciones médicas sobre su alimentación, temas que se abordaron principalmente con la identificación de pensamientos automáticos y su modificación. Por otra parte, en R3 y R4 mencionó un mayor nivel de tristeza ante el fallecimiento de su esposa, durante la sesión se validó su pérdida y se dio contención emocional. Únicamente tuvo dificultades para cumplir el criterio de adquisición de habilidades de la primera sesión del módulo de identificación de pensamientos automáticos que coincidió con la muerte de su esposa, por lo que se le brindó una sesión adicional de dicho módulo. Sus síntomas en la última sesión R6, en el caso de la tristeza fueron nulos y en el caso de la ansiedad de dos puntos; en el seguimiento esto se mantuvo.

**Figura 9.** Sintomatología ansiosa y tristeza a lo largo de las mediciones del paciente 17

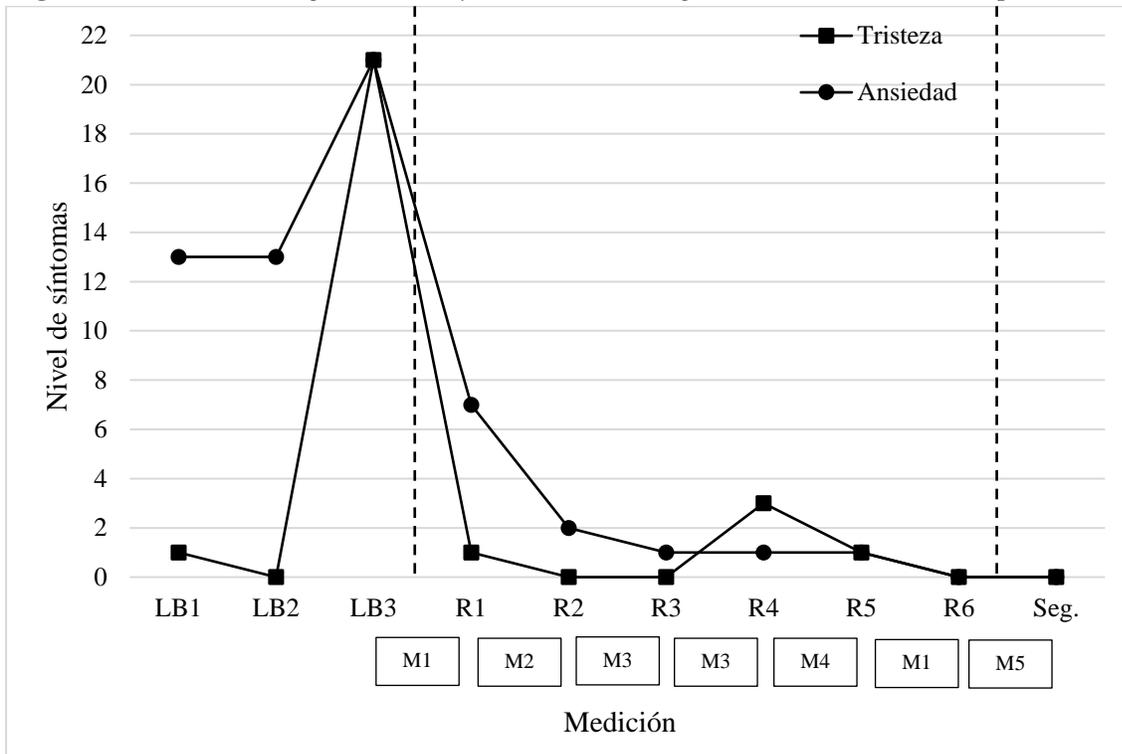


*Nota.* LB = línea base: LB1= última semana de hospitalización, LB2 = primera semana en casa, LB3 = semana antes de la primera sesión de intervención. R = registro semanal. Seg. = seguimiento. M = módulo: M1 = Relajación, M2 = Auto reforzamiento, M3 = Identificación de pensamientos automáticos y su modificación, M4 = Afrontando los problemas, M5 = Prevención de recaídas, M6 (extra) = Higiene del sueño.

**Paciente 30**

El paciente 30 refirió niveles nulos de tristeza en la LB1 correspondiente a la última semana que estuvo en el hospital y en la LB2 que fue la primera semana en casa; además de mencionar un nivel de 13 puntos en los síntomas de ansiedad en dichas mediciones. Entre la llamada de evaluación y la primera sesión de intervención el paciente señaló el mayor nivel posible en el auto registro de síntomas de ansiedad y tristeza, esto se debió al gran malestar que tenía debido a no poder mover los pies y el dolor que experimentaba en dichos miembros a pesar de tener tratamiento médico. Después de la primera sesión de relajación disminuyó su nivel de ansiedad hasta siete puntos y el de tristeza a uno, mencionando que las técnicas de relajación le ayudaban a controlar el dolor. En las sesiones posteriores, los síntomas continuaron siendo menores, y únicamente tuvo una elevación de su puntuación en R4 en el registro de tristeza debido a que leyó las cartas que sus familiares le escribieron durante su hospitalización y sintió nostalgia al recordar. Sus puntuaciones permanecieron nulas en el seguimiento. A este paciente se le dio una sesión adicional en la que se trabajó con las técnicas de relajación debido a que durante la llamada expresó tener un dolor muy intenso de pies, el cual disminuyó después de emplear dichas técnicas.

**Figura 10.** Sintomatología ansiosa y tristeza a lo largo de las mediciones del paciente 30

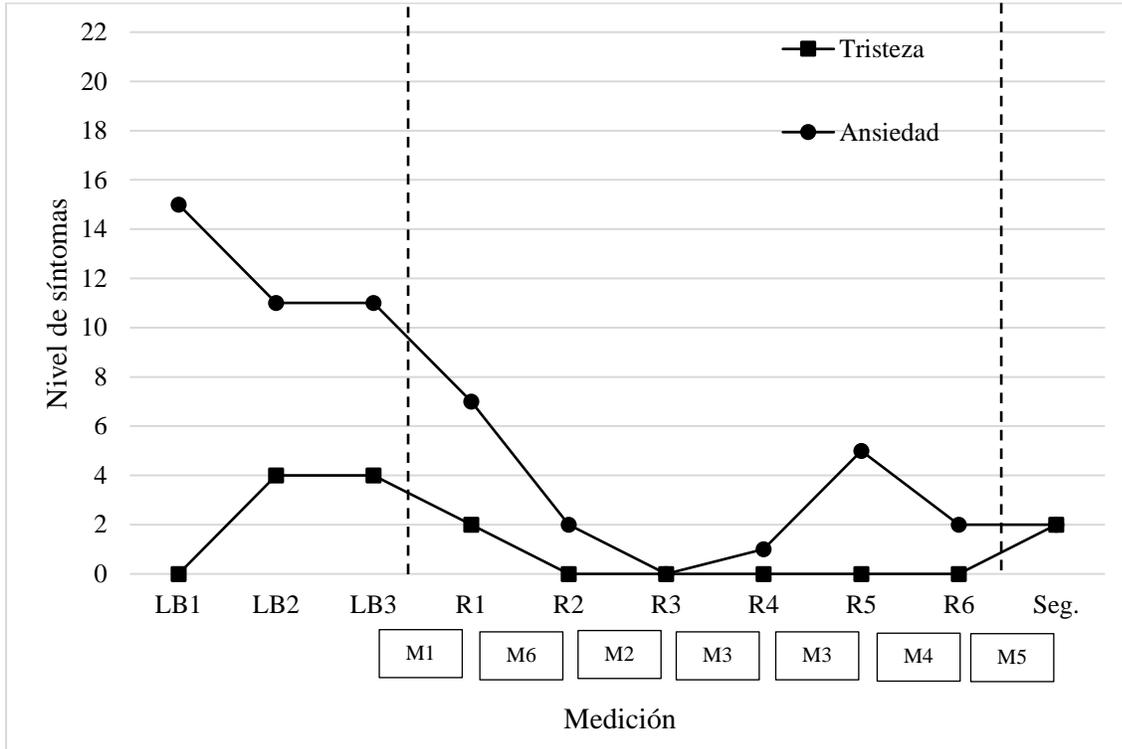


Nota. LB = línea base: LB1= última semana de hospitalización, LB2 = primera semana en casa, LB3 = semana antes de la primera sesión de intervención. R = registro semanal. Seg. = seguimiento. M = módulo: M1 = Relajación, M2 = Auto reforzamiento, M3 = Identificación de pensamientos automáticos y su modificación, M4 = Afrontando los problemas, M5 = Prevención de recaídas, M6 (extra) = Higiene del sueño.

### Paciente 33

El paciente 33 reportó un nivel nulo de tristeza y un nivel de 15 puntos de ansiedad en el primer registro correspondiente a la última semana que estuvo en el hospital; en la primera semana en casa el nivel de tristeza incrementó hasta cuatro puntos y el nivel de ansiedad disminuyó hasta 10 puntos, se mantuvieron ambos hasta la primera sesión de intervención. Se observó una disminución del nivel de sus síntomas después de la primera sesión de intervención (módulo de relajación), dicha disminución continuó a lo largo de las sesiones. El pico que se presentó en el R5 en el caso de los síntomas de ansiedad fue debido a una noche en la que tuvo dificultades para dormir a pesar de haber implementado las estrategias de higiene del sueño, sin embargo, comentó que consiguió dormir después de practicar respiración diafragmática. En el seguimiento a un mes, su nivel de síntomas se mantuvo. El paciente no tuvo dificultades para cumplir con los criterios de adquisición de habilidades.

**Figura 11.** Sintomatología ansiosa y tristeza a lo largo de las mediciones del paciente 33

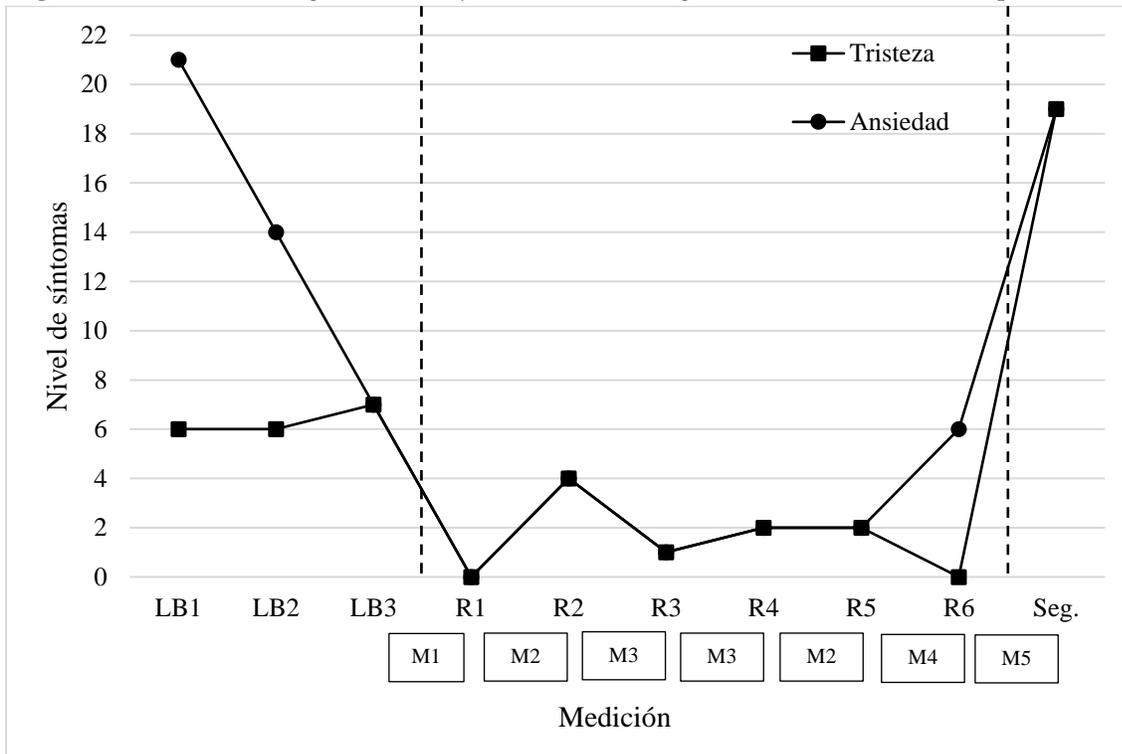


*Nota.* LB = línea base: LB1= última semana de hospitalización, LB2 = primera semana en casa, LB3 = semana antes de la primera sesión de intervención. R = registro semanal. Seg. = seguimiento. M = módulo: M1 = Relajación, M2 = Auto reforzamiento, M3 = Identificación de pensamientos automáticos y su modificación, M4 = Afrontando los problemas, M5 = Prevención de recaídas, M6 (extra) = Higiene del sueño.

### Paciente 44

El paciente señaló la mayor puntuación posible en el registro de síntomas de ansiedad durante su última semana de hospitalización, la cual disminuyó a lo largo de las líneas base y en R1 (después del módulo de relajación) llegó a cero; respecto al registro de tristeza, señaló una puntuación de seis en las dos primeras líneas base y siete en la línea base 3, esta puntuación disminuyó hasta cero en R1. En R2 los síntomas de ansiedad y tristeza aumentaron hasta cuatro debido a que durante la semana estuvo preocupado por su presión baja y elevación de temperatura, explicó que por ello no había cumplido con el criterio de adquisición de habilidades en el módulo de auto reforzamiento; de acuerdo con el diagrama de flujo de toma de decisiones (figura 4), se continuó con el módulo de identificación de pensamientos y su modificación y posteriormente se retomó el módulo de auto reforzamiento, es decir, el paciente pasó por dos sesiones de este último módulo. En R6 incrementó su nivel de ansiedad nuevamente debido a que no había conseguido que le dieran rehabilitación física. En el seguimiento se observó el incremento de síntomas como consecuencia de la reincorporó a su trabajo y conflictos con sus compañeros. Se le ofrecieron sesiones adicionales de intervención.

**Figura 12.** Sintomatología ansiosa y tristeza a lo largo de las mediciones del paciente 44

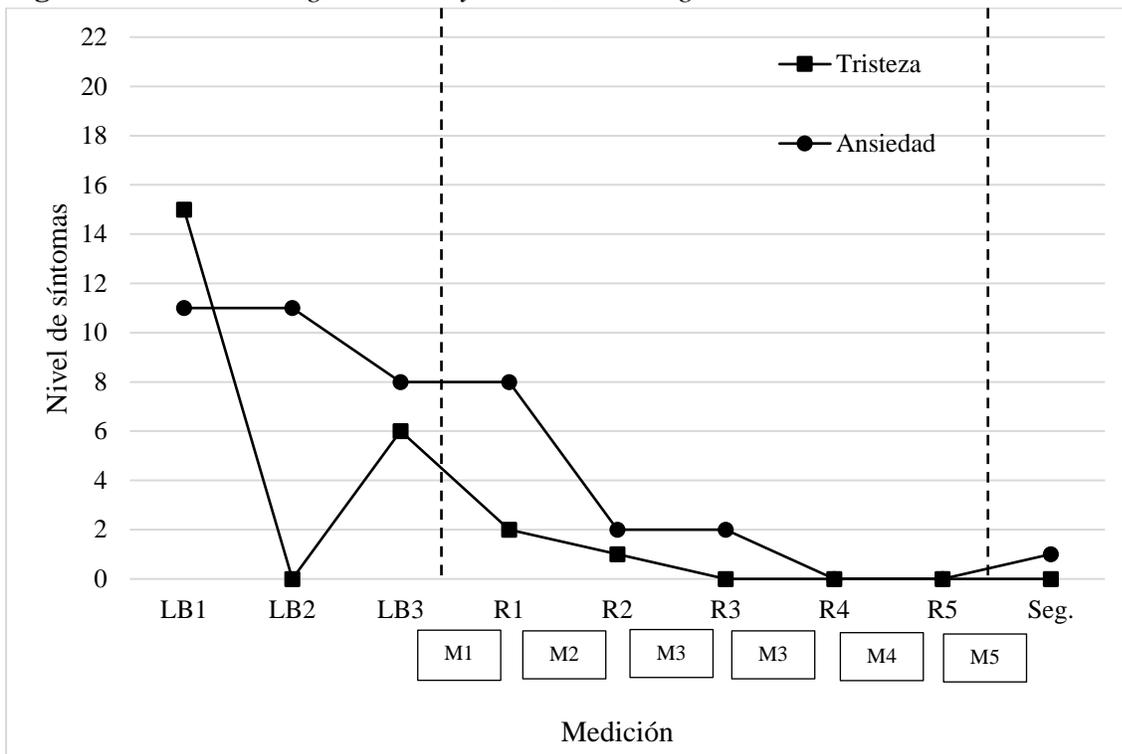


*Nota.* LB = línea base: LB1= última semana de hospitalización, LB2 = primera semana en casa, LB3 = semana antes de la primera sesión de intervención. R = registro semanal. Seg. = seguimiento. M = módulo: M1 = Relajación, M2 = Auto reforzamiento, M3 = Identificación de pensamientos automáticos y su modificación, M4 = Afrontando los problemas, M5 = Prevención de recaídas, M6 (extra) = Higiene del sueño.

### CPI 15

El cuidador señaló síntomas de ansiedad de 11 puntos y de tristeza de 15 puntos durante la última semana que su abuelo estuvo hospitalizado. A lo largo de la primera semana de su abuelo en casa se mantuvo su nivel de ansiedad, pero el de tristeza disminuyó hasta cero, y en la línea base 3 sus síntomas de ansiedad disminuyeron a ocho y los de tristeza incrementaron nuevamente hasta seis. Después de la primera sesión de intervención, sus síntomas de ansiedad se mantuvieron y los de tristeza disminuyeron a dos puntos. Se observa una disminución de su nivel de síntomas de ansiedad y de tristeza a partir de R2, es decir, cuando ya se habían revisado los módulos de relajación y auto reforzamiento; cabe mencionar que el cuidador mencionaba sentirse mal por haber abandonado actividades para cuidar a su familiar, después del módulo de auto reforzamiento retomó actividades como ver series, salir con sus amigos y su trabajo. El nivel de síntomas de ansiedad y tristeza se mantuvo en el resto de las sesiones, incluyendo el seguimiento.

**Figura 13.** Sintomatología ansiosa y tristeza a lo largo de las mediciones del CPI 15



*Nota.* LB = línea base: LB1= última semana de hospitalización, LB2 = primera semana en casa, LB3 = semana antes de la primera sesión de intervención. R = registro semanal. Seg. = seguimiento. M = módulo: M1 = Relajación, M2 = Auto reforzamiento, M3 = Identificación de pensamientos automáticos y su modificación, M4 = Afrontando los problemas, M5 = Prevención de recaídas, M6 (extra) = Higiene del sueño.

### ***Tamaño del efecto clínico***

Todos los participantes tuvieron efectos de medianos a fuertes en los registros de percepción de síntomas, con excepción del paciente 13 que en el registro de síntomas de tristeza tuvo un efecto débil, lo cual concuerda con el análisis visual en el que se observa que desde la línea base las puntuaciones del paciente fueron predominantemente cero.

**Tabla 10**

*Tamaño del efecto clínico en los síntomas de ansiedad y tristeza*

<b>Participante</b>	<b>NAP ansiedad</b>	<b>Tamaño del efecto</b>	<b>NAP tristeza</b>	<b>Tamaño del efecto</b>
Paciente 2	0.86 IC: [0.51, 0.97]	Medio	0.90 IC: [0.56, 0.98]	Medio
Paciente 13	0.83 IC: [0.48, 0.96]	Medio	0.56 IC: [0.25, 0.82]	Débil
Paciente 17	0.95 IC: [0.62, 1.00]	Fuerte	0.93 IC: [0.59, 0.99]	Fuerte
Paciente 30	1.00 IC: [1.00, 1.00]	Fuerte	0.67 IC: [0.34, 0.88]	Medio
Paciente 33	1.00 IC: [1.00, 1.00]	Fuerte	0.79 IC: [0.44, 0.94]	Medio
Paciente 44	0.90 IC: [0.56, 0.98]	Medio	0.86 IC: [0.51, 0.97]	Medio
CPI 15	0.97 IC: [0.63, 1.00]	Fuerte	0.78 IC: [0.43, 0.94]	Medio

*Nota.* NAP = Non Overlap of all Pairs: 0-0.65: efecto débil, 0.66-0.92: efecto medio, 0.93-1: efecto fuerte. Intervalo de confianza (IC): 90%

## Uso y percepción de la utilidad de las técnicas

A través del cuestionario del uso y utilidad percibida de las técnicas, seis de los participantes mencionaron que empleaban cada una de las técnicas y que lo volverían a hacer en el futuro; únicamente el paciente 17 comentó que no practicaba la RMP debido a que se le dificultaba tensar y relajar algunos músculos por la falta de movilidad que tenía. Al indagar qué tan útiles les parecían las técnicas en una escala del cero al 10, la técnica de auto reforzamiento obtuvo el mejor promedio (9.4), junto con la identificación y modificación de pensamientos con promedio de 9.1. La técnica de respiración diafragmática y la de higiene del sueño tuvieron 9 de promedio. Y las dos técnicas con el menor promedio fueron RMP (8.1) y la técnica de solución de problemas (8.4).

El paciente 2 eligió como preferidas la respiración diafragmática, la RMP, el auto reforzamiento y la higiene del sueño, que coinciden con el momento en el que disminuyeron sus síntomas. El paciente 17 prefirió la modificación de pensamientos y el auto reforzamiento, que fueron técnicas que le ayudaron a pelear menos con sus hijas, modificar los pensamientos al ir a sus citas en el INER y realizar actividades agradables y de logro aun con la muerte de su esposa. El paciente 33 puntuó todas las técnicas con 10, con excepción de la higiene del sueño y refirió que las técnicas de relajación le ayudaron a dormir. El CPI prefirió las técnicas de solución de problemas y modificación de pensamiento, las cuales empleó ante los sentimientos de culpa que tenía por la enfermedad de su abuelo y por querer dedicarse a otras actividades; la técnica de auto reforzamiento, la puntuó con menor calificación, pero fue cuando se vio el mayor cambio en él. El paciente 30, el 44 y el 13 dijeron que todas las técnicas les habían servido.

## Resumen de resultados individuales

El análisis individual del cambio clínico de los participantes (CCO), permitió observar que todos lograron una mejoría, excepto el paciente 13 en el caso de sus síntomas de depresión, lo cual se puede ver representado en las figuras 5 y 6 como un dato atípico en la medición de seguimiento. A través de los auto registros, se refuerzan los resultados arrojados por los instrumentos psicológicos. El nivel de síntomas de ansiedad y de tristeza disminuyó en todos los participantes y se obtuvieron tamaños del efecto clínico (índice NAP) de medianos a fuertes, con excepción del paciente 13 que tuvo un tamaño del efecto clínico débil en su nivel de tristeza; el empeoramiento en su seguimiento, según lo que refirió, fue consecuencia de problemas interpersonales.

En cuanto a la información cualitativa, todos los pacientes mencionaron haber realizado cambios que contribuyeron a su bienestar emocional, incluso aquellos en los que desde la LB se observaba una tendencia a la baja. El paciente 17 logró disminuir las peleas con sus hijas respecto a seguir las indicaciones médicas a través de la detección de pensamientos automáticos y su modificación, generando al final el pensamiento de “somos un equipo y no lo hacen por

molestarme, lo hacen por mi bien”; además, logró realizar actividades que antes disfrutaba como escuchar música, ver películas y leer la Biblia, incluso después de que su esposa falleció. El paciente 44 logró ocuparse en cosas que podía hacer bajo sus condiciones físicas, que sustituían las que hacía antes de enfermar y que aportaban a su economía. El paciente 13 logró cambiar sus pensamientos catastróficos sobre su recuperación y retomó las actividades que hacía con su mamá y hermana dentro de sus posibilidades físicas (ver películas, rezar, ayudar en los deberes del hogar). El CPI retomó sus actividades en diferentes áreas de su vida (trabajo, salir con amigos y actividades de ocio), además de seguir cuidando a su abuelo y no sentirse mal por ello. Los logros de los demás pacientes que no tuvieron una tendencia a la baja desde la LB se presentan en la tabla 11, así como el resumen de los resultados.

**Tabla 11***Resumen de resultados por participante*

<b>Participante</b>	<b>CCO GAD-7</b>	<b>Índice NAP ansiedad</b>	<b>CCOC PHQ-9</b>	<b>Índice NAP tristeza</b>	<b>Técnicas percibidas con mayor utilidad</b>	<b>Datos cualitativos (logros)</b>
Paciente 2	Cambio clínico	Medio	Cambio clínico	Medio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RD, RMP, auto reforzamiento e higiene del sueño</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menor dificultad para conciliar el sueño y no tener despertares durante la noche.</li> <li>• Realizar actividades de aseo corporal sin incrementar su ansiedad por la desaturación de oxígeno.</li> <li>• Afrontar dificultades respecto a su pensión.</li> </ul>
Paciente 13	Cambio clínico	Medio	Sin cambio clínico	Débil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todas las técnicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retomar actividades placenteras y de logro con su mamá, hermana y él solo.</li> <li>• Modificar pensamientos negativos sobre su recuperación.</li> </ul>
Paciente 17	Cambio clínico	Fuerte	Cambio clínico	Fuerte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modificación de pensamiento y auto reforzamiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminuir las peleas que tenía con sus hijas por no querer seguir las indicaciones médicas.</li> <li>• Realizar actividades que antes disfrutaba o lo hacían sentir bien.</li> </ul>
Paciente 30	Cambio clínico	Fuerte	Cambio clínico	Medio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todas las técnicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambiar su percepción del dolor y controlarlo.</li> </ul>
Paciente 33	Cambio clínico	Fuerte	Cambio clínico	Medio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todas las técnicas (higiene del sueño menos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambió la percepción de inutilidad que tenía de sí mismo.</li> <li>• Conciliar el sueño con menor dificultad y al no lograrlo no ponerse ansioso.</li> </ul>
Paciente 44	Cambio clínico	Medio	Cambio clínico	Medio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todas las técnicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementar actividades diarias en casa que sustitúan temporalmente a las que hacía antes de enfermarse.</li> </ul>
CPI 15	Cambio clínico	Fuerte	Cambio clínico	Medio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TSP y modificación de pensamiento (en menor medida el auto reforzamiento)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retomar sus actividades en diferentes áreas de su vida además de seguir dando cuidado a su abuelo.</li> </ul>

*Nota.* PHQ-9 = Patient Health Questionnaire; GAD-7 = Generalized Anxiety Disorder; CCO = Cambio Clínico Objetivo de Cardiel; NAP = Non Overlap of all Pairs; RD = Respiración Diafragmática; RMP = Relajación Muscular Progresiva; TPS = Terapia de Solución de Problemas.

## Discusión

En el segundo Estudio, el objetivo fue implementar una intervención psicológica con enfoque de TCC vía telefónica y explorar su eficacia sobre los síntomas de ansiedad y/o depresión de los pacientes y los CPI que en el Estudio uno tuvieron síntomas significativos.

En la evaluación inicial, los pacientes tuvieron síntomas de ansiedad moderados y de depresión leves. Como se esperaba, en ambas variables hubo diferencias estadísticamente significativas a lo largo de la intervención con tamaños grandes del efecto clínico grupal. A nivel individual se encontró mejoría y tamaños del efecto clínico de medianos a grandes, con excepción del paciente 13 que tuvo un efecto débil en su sintomatología depresiva, lo cual ocurrió debido a problemáticas no relacionadas con su recuperación. Además, es importante considerar que dicho paciente fue el único con antecedentes de problemas en salud mental y con historia de consumo de alcohol crónico, por lo que probablemente se vería beneficiado de una intervención psicológica a largo plazo, tal como exponen Mazza y colaboradores (2020) en su estudio en el que evaluaron a pacientes recuperados de COVID-19 un mes después de su egreso hospitalario y hallaron más síntomas de depresión y ansiedad en los que tenían diagnóstico psiquiátrico anterior; asimismo, en investigaciones anteriores con pacientes recuperados de cuidados intensivos por diferentes enfermedades, se ha expuesto la asociación entre las afectaciones psicológicas a su egreso y los antecedentes de afectaciones psiquiátricas y/o abuso de sustancias (May et al., 2020; Nikayin, 2016; Rabiee et al., 2016).

Por otra parte, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre la post evaluación y el seguimiento, es decir, los cambios en los síntomas observados con la intervención se mantuvieron en el tiempo. Estos resultados indican que, en general, la TCC remota fue efectiva para disminuir los síntomas de depresión y ansiedad en los pacientes, y son congruentes con lo referido en estudios anteriores que obtuvieron los mismos hallazgos en pacientes recuperados de cuidados críticos (Tingey et al., 2020) y en diferentes poblaciones durante la pandemia (Li et al., 2020; López et al., 2021), en pacientes hospitalizados por COVID-19 (Wei et al., 2020) y en sobrevivientes de cuidados críticos por la misma enfermedad (Rossi et al., 2021). Los resultados favorables mencionados previamente, coinciden con los de Lerma y colaboradores (2016) que diseñaron el manual en el que está basado el de este estudio y encontraron una disminución de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con Enfermedad Renal Crónica después de la TCC.

A pesar de que en el caso de los síntomas de ansiedad se observó una disminución significativa al comparar la pre evaluación vs. el seguimiento, esto no ocurrió con los síntomas de depresión, lo cual podría deberse a que las puntuaciones en esta variable desde un inicio eran bajas en la mayoría de los participantes, y aunque disminuyeron a lo largo de la intervención, en el seguimiento no podían bajar más. Los síntomas de ansiedad, desde el inicio fueron mayores comparados con los de depresión, este predominio de síntomas de ansiedad se relaciona, según

comentaron los pacientes, con sus problemas de sueño, con su recuperación y con su condición física (ninguno podía caminar, tenían movilidad limitada y dependían de sus cuidadores); esto corresponde a lo referido en la literatura acerca de la angustia que enfrentan las personas que egresan de cuidados críticos debido a las problemáticas físicas a las que se enfrentan (Hosey & Needham, 2020; Jamali et al., 202; Martillo et al., 2021; Tingey, et al., 2020).

Por otra parte, los resultados en el caso del CPI 15 (único cuidador que terminó la intervención) fueron los esperados. En un inicio tuvo mayormente síntomas de ansiedad relacionados con los cuidados que necesitaba su abuelo y con la dificultad para cumplir con sus actividades en otras áreas de su vida; dichas dificultades han sido referidas en otros estudios con CPI de diversas enfermedades (Beusekom et al., 2016; Delva et al., 2002; Labuzetta et al., 2020; Naef et al., 2021; Paul & Rattray, 2008), y en los estudios de Kho y colaboradores (2022) y Rahimi (2021) sobre la experiencia de los cuidadores de pacientes con COVID-19. Después de la TCC, el CPI tuvo un efecto clínico grande en sus síntomas de ansiedad y moderado en su tristeza, lo cual señala que la TCC fue efectiva para él y concuerda con los hallazgos de otros autores que proponen que esta intervención proporciona estrategias útiles para reducir los síntomas de ansiedad y depresión de CPI de pacientes con diversas enfermedades (Applebaum & Breitbart, 2013; Instituto Nacional de Cáncer, s.f.; Lally y Brooks, 2016; Malouff et al., 2007; Meichsner et al., 2019; Northouse et al., 2010; Vázquez et al., 2015; Wilz & Soellner, 2016).

El diseño intrasujetos utilizado en este estudio permitió evaluar la efectividad de la intervención psicológica de acuerdo a los resultados de cada participante y además hizo posible evaluar los componentes de la intervención (Krasny & Evans, 2018). En la mayoría de los casos se observó una mejoría inmediata de los síntomas (a partir del primer o segundo módulo), lo cual coincide con lo observado en el estudio de Rossi y colaboradores (2021) con sobrevivientes de cuidados críticos por COVID-19, en el que después de cuatro sesiones de intervención tuvieron una mejoría en sus síntomas. La mejoría inmediata podría deberse a la gran necesidad emocional que presentaban los pacientes en el momento de la evaluación y que pudo ser solventada gracias a las características de la TCC que es estructurada, dirigida a objetivos y centrada en regular las emociones (Sharafkhaneh et al., 2017). Lo anterior concuerda con los resultados del cuestionario de uso y percepción de utilidad de las técnicas, en la mayoría de los casos, la mejoría de los síntomas coincidió con los módulos en los que se entrenaron las técnicas percibidas con mayor utilidad.

En algunos de los participantes, se observó una tendencia a la disminución de los síntomas desde la línea base, por lo que cabría atribuir los cambios al efecto del paso del tiempo; no obstante, es importante considerar la información cualitativa acerca de los logros que tuvieron a lo largo de la intervención, cada uno realizó cambios que influyeron en su estado emocional, incluso los que tenían una tendencia a la baja en sus datos iniciales. Así, el diseño de la intervención en módulos con criterio de adquisición permitió una metodología flexible que se adaptó a las características

clínicas de cada participante y permitió conseguir logros valiosos para su recuperación (Tate & Perdices 2020).

### **Limitaciones y recomendaciones**

La terapia psicológica a distancia fue la mejor alternativa de atención para los participantes dadas las restricciones de interacción social impuestas por la pandemia y dadas las limitaciones físicas de los pacientes; no obstante, esta modalidad presentó la limitación de la amenaza a la privacidad, ya que, aunque se les pedía a los participantes que se aseguraran de estar en un lugar privado mencionando a sus familiares que los dejaran solos, algunas veces esto no fue posible.

Aunado a lo anterior, existe la limitación de haber empleado únicamente instrumentos psicométricos y auto registros de percepción de síntomas para la medición de las variables. Si bien, los instrumentos cuentan con adecuadas propiedades psicométricas, no se conoce si son aceptables para su administración vía remota; en el caso de los auto registros, éstos no fueron estandarizados. Además, en ocasiones los participantes no enviaron los auto registros de síntomas diarios a la terapeuta como se solicitó, por lo que en la sesión se realizaban de manera retrospectiva; así, la información pudo estar sesgada por la deseabilidad social o por la memoria del participante, de manera que pudieron haber respondido con el objetivo de impresionar positivamente al aplicador proporcionando una respuesta deseable o pudieron responder erróneamente debido a dificultades para recordar (Podsakoff, MacKenzie & Podsakoff, 2003; Villatoro, 2012). Se sugiere en estudios futuros emplear registros conductuales además de los instrumentos de auto reporte para contar con mediciones más certeras (Caballero, 2015; Sánchez y Alvarado, 2008).

El tamaño de la muestra representa otra limitación, pues se ha señalado que las muestras pequeñas llevan a un mayor error o desviación respecto a los valores poblacionales (Kerlinger, 1982). A pesar de que se evaluó inicialmente a 98 personas, únicamente se identificaron siete pacientes y cuatro CPI con síntomas moderados-graves, de los cuales, solo terminaron la intervención seis pacientes y un CPI, las razones que dieron de su abandono fueron ajenas al estudio (falta de tiempo y problemas de salud). El tamaño muestral hubiera sido más grande si se hubiera contemplado para la intervención a los participantes con síntomas leves y no únicamente a los moderados-graves, sin embargo, no se hizo por recomendaciones de Kroenke y Spitzer (2002), autores del PHQ-9 y GAD-7, que señalan que la intervención cognitivo conductual se brinde a partir de puntuaciones moderadas, ya que los síntomas menores representan las reacciones de ajuste normales y no requieren tratamiento. Se sugiere para futuras investigaciones que los participantes con síntomas leves también reciban atención psicológica, la cual, podría estar enfocada en la psicoeducación; se ha informado que este enfoque es útil cuando se presentan afectaciones emocionales leves, además, a través de ella los pacientes y sus cuidadores podrían incrementar sus conocimientos de la condición del paciente y mejorar su actitud y comportamiento ante la recuperación (Casañas et al., 2012; Godoy et al., 2020).

Adicionalmente, se recomienda que al utilizar el diseño intrasujetos, se obtenga un mayor número de réplicas que permitan la aplicación de técnicas de análisis como la no superposición de pares con el índice TAU-U, el cual tiene la ventaja de controlar la tendencia de los datos en la línea base (Tarlow, 2017), Finalmente, se recomienda emplear un diseño de comparación de grupos, lo cual podría generar mayor claridad de los hallazgos al evaluar el impacto de la variable independiente en la dependiente controlando una variedad de amenazas a la validez interna y externa (Campbell & Stanley, 1963).

## **Bondades y aportaciones**

Hasta donde fue posible conocer, este estudio es el primero que evalúa e interviene tempranamente (una semana después de su egreso) en las repercusiones psicológicas de los pacientes que estuvieron en cuidados críticos por COVID-19 y que desarrollaron LRA, complicación frecuente en dichos pacientes y que ha sido poco estudiada desde la psicología a pesar de sus conocidas afectaciones en el sistema nervioso (Kanbay et al., 2022; Sabaghian et al., 2022) y su relación con problemas emocionales (Attia et al., 2021; Mayer, 2022; Paddle et al., 2014).

Una aportación importante de esta investigación fue la implementación de una intervención psicológica en modalidad remota ante las restricciones impuestas por la pandemia, la cual, facilitó la adherencia de los pacientes que presentaban barreras físicas y económicas al momento de su egreso hospitalario, condiciones que les imposibilitaban recibir atención presencial. Además, al tener un formato modular, la intervención posibilitó atender las necesidades de cada participante fomentando una pronta mejoría (Tate & Perdices 2020). Lo anterior refuerza los hallazgos previos sobre la eficacia de la TCC en modalidad telefónica (Castro et al., 2020; Lamb et al., 2018; Petrinec et al., 2021). Igualmente, se contribuyó con la elaboración de un manual, en el que se detalla la intervención, a diferencia de estudios anteriores en los que no se explica la intervención implementada (Rossi et al., 2021, Attia et al., 2021; Wei et al., 2020). De hecho, no existía material dirigido a sobrevivientes de cuidados críticos, por lo tanto, el manual de la presente investigación podría utilizarse en pacientes recuperados de cuidados críticos por diversas enfermedades, no únicamente por COVID-19. El tener un manual permite cuidar la integridad del tratamiento y que pueda ser replicado por otros profesionistas (Perepletchikova, 2012), lo que es particularmente importante en las intervenciones vía telefónica, pues no es fácil adaptar y aplicar las técnicas por este medio.

Una fortaleza más de esta investigación es que se hizo una evaluación de seguimiento, lo que permitió observar que los efectos de la intervención se mantuvieron después de un mes en los síntomas de ansiedad y depresión; a pesar de ello, se recomienda que en estudios posteriores se amplíe el tiempo para conocer si los efectos se mantienen por más tiempo, ya que, se ha sugerido que la TCC remota mejora la adherencia en comparación con la presencial, pero tiene un mayor riesgo de poco mantenimiento de las ganancias en las mediciones de seguimiento (Mohr et al., 2012).

## Conclusión general

Con base en los resultados del Estudio uno y dos, se concluye que, esta investigación es valiosa al permitir un primer acercamiento al problema de investigación del fenómeno, aportando datos importantes para continuar en la misma línea. Se muestra la importancia de la evaluación psicológica temprana en sobrevivientes de cuidados críticos debido a COVID-19 y sus CPI, con el objetivo de detectar sus necesidades psicológicas y proveer intervenciones psicológicas a aquellos que lo requieren para favorecer su recuperación y evitar complicaciones, lo cual es posible aún en el contexto de pandemia a través de la terapia cognitivo conductual a distancia.

Es factible decir que la TCC a distancia como parte de un equipo multidisciplinario, es una intervención psicológica eficaz con efectos inmediatos para abordar la sintomatología de los pacientes recuperados de COVID-19 y sus cuidadores, además, contribuye a su rehabilitación no solo física sino también psicológica, con las ventajas de ser breve y accesible a pesar de presentar retos importantes en su aplicación. Aunado a ello, los resultados sobre la percepción de utilidad de las técnicas demuestran que la intervención vía telefónica fue bien aceptada por los participantes.

Esta es una de las pocas investigaciones existentes sobre las afectaciones psicológicas en pacientes con LRA, los resultados diferentes sugieren la necesidad de continuar explorando este campo de investigación para llegar a conclusiones más certeras. Asimismo, este es el primer estudio en el que se emplean técnicas de regulación emocional propias de la TCC en pacientes sobrevivientes de cuidados críticos por COVID-19 y sus cuidadores, lo cual es relevante para mejorar la adaptación a sus condiciones de egreso y recuperación y evitar el desarrollo de trastornos mentales. Los hallazgos son clínicamente relevantes debido a que se observa el beneficio que pueden tener tanto los pacientes como sus cuidadores al recibir una intervención psicológica remota (principalmente en sus síntomas de ansiedad), pero son necesarios estudios adicionales para realizar las modificaciones sugeridas en la intervención y evaluar su eficacia, especialmente en los cuidadores que fueron los que mayoritariamente no finalizaron la intervención.

## Referencias

- Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., & Hedman, E. (2014). Guided internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry, 13*(3), 288-295. <https://doi.org/10.1002/wps.20151>
- Applebaum, A. J. & Breitbart, W. (2013). Care for the cancer caregiver: A systematic review. *Palliative & Supportive Care, 11*(3), 231-252. doi:10.1017/S1478951512000594
- Arrieta, J., Aguerrebere, M., Raviola, G., Flores, H., Elliott, P., Espinosa, A., Reyes, A., Ortiz-Panozo, E., Rodriguez-Gutierrez, E. G., Mukherjee, J., Palazuelos, D., & Franke, M. F. (2017). Validity and Utility of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-2 and PHQ-9 for Screening and Diagnosis of Depression in Rural Chiapas, Mexico: A Cross-Sectional Study. *Journal of Clinical Psychology, 73*(9), 1076–1090. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1002/jclp.22390>
- Attia, A.S., Hussein, M., Aboueisha, M. A., Omar, M., Youssef, M.R., Mankowski, N., Miller, M., Munshi, R., Swinford, A., Kline, A., Nguyen, T., Toraih, E., Duchesne, J., & Kandil, E. (2021). Altered mental status is a predictor of poor outcomes in COVID-19 patients: A cohort study. *PLOS ONE, 16*(10): e0258095. doi: 10.1371/journal.pone.0258095.
- Babicki, M., Malchrzak, W., Hans, A., & Mastalerz, A. (2021). Impact of Vaccination on the Sense of Security, the Anxiety of COVID-19 and Quality of Life among Polish. A Nationwide Online Survey in Poland. *Vaccines, 9*(12). <https://doi.org/10.3390/vaccines9121444>
- Benítez, J., Barceló, E., y Gelves, M. (2016). Características psicológicas de los pacientes con larga estancia hospitalaria y propuesta de protocolo para su manejo clínico. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana, 42*(4), 391-398. <http://dx.doi.org/10.4321/S0376-78922016000400012>
- Beusekom, I., Bakhshi-raiez, F., Keizer, N.F., & Dongelmans, D.A. (2016). Reported burden on informal caregivers of ICU survivors: a literature review. *Critical Care, 20*(16). <http://dx.doi.org/10.1186/s13054-016-1185-9>
- Caballero, N. P. (2015). *Revelación del diagnóstico y uso de condón en personas que viven con VIH-SIDA: evaluación e intervención*. [tesis de doctorado, Universidad Nacional Autónoma de México], TESIUNAM.

- Cai, X., Hu, X., Ekumi, O., Wang, J., An, Y., Li, Z., & Yuan, B. (2020). Psychological distress and its correlates among COVID-19 survivors during early convalescence across age groups. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(10), 1030-1039. doi: 10.1016/j.jagp.2020.07.003.
- Campbell, D. T. & Stanley, J. C. (1963). *Experimental and quasi – experimental designs for research*. Chicago: Rand McNally.
- Cardiel, R. M. (1994). *La medición de la Calidad de Vida*. Interamericana-McGraw Hill.
- Casañas, R., Catalán, R., Val, J., Real, J., Valero, S. & Casas, M. (2012). Effectiveness of a psycho-educational group program for major depression in primary care: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 12(230). <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/230>
- Casas, G. A., León, I., Alvarado, C., González, M., Peralta, A., Luna, Y., Velasco, A., Calderón, N., Ormsby, C., & Ávila, S. (2021). Acute kidney injury in patients with severe COVID-19 in Mexico. *PLOS ONE*, 16(2), 1-16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246595>
- Castro, A., Gili, M., Ricci-Cabello, I., Roca, M., Gilbody, S., Perez-Ara, M. Á., Seguí, A., & McMillan, D. (2020). Effectiveness and adherence of telephone-administered psychotherapy for depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 260, 514–526. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.023>
- Cénat, J. M., Rochette, C. B., Kokou, C., K., Noorishad, P. G., Mukunzi, J., N., McIntee, S., E., Dalexis, R. D., Goulet, M., A., & Labelle, P., R. (2020). Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 295, 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113599>
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud [CENETEC] (2010). *Guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en adultos*. Secretaría de Salud.
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud [CENETEC] (2011). *Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención*. Secretaría de Salud.
- Chen, S., Aruldass, A. R., & Cardinal, R. N. (2022). Mental health outcomes after SARS-CoV-2 vaccination in the United States: A national cross-sectional study. *Journal of Affective Disorders*, 1(298), 396-399. doi: 10.1016/j.jad.2021.10.134.

- Chien, W. T., Chiu, Y. L., Lam, L. W., & Ip, W. Y. (2006). Effects of a needs-based education programme for family carers with a relative in an intensive care unit: a quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies*, 43(1), 39-50. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2005.01.006.
- Chlan, L., & Savik, K. (2011). Patterns of anxiety in critically ill patients receiving mechanical ventilatory support. *Nursing Research*, 60(3). doi: 10.1097/NNR.0b013e318216009c.
- Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas [CIOMS]) (s.f.). Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, Cuarta Edición. OPS y CIOMS, [Internet]. [Consultado 16 Marzo 2021] Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34457/9789290360902-spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). Medición de la pobreza. Pobreza en México, [Internet]. [Consultado 15 Julio 2022] Disponible en: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/PobrezaInicio.aspx>
- Czeisler, A., Rajaratnam, S. M. W., & Howard, M. E. (2021). Mental Health, Substance Use, and Suicidal Ideation Among Unpaid Caregivers in the United States During the COVID-19 Pandemic: Relationships to Age, Race/Ethnicity, Employment, and Caregiver Intensity. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2021.02.02.21251042>
- Deja, M., Denke, C., Weber, S., Schröder, J., Pille, C., E., Hokema, F., Falke, K., J. & Kaisers, U. (2006). Social support during intensive care unit stay might improve mental impairment and consequently health-related quality of life in survivors of severe acute respiratory distress syndrome. *Critical Care*, 10(R147). doi:10.1186/cc5070
- Delannoy, B., Floccard, B., Thiolliere, F., Kaaki, M., Badet, M., Rosselli, S., Ber, C. E., Saez, A., Flandreau, G., & Guérin, C. (2009). Six-month outcome in acute kidney injury requiring renal replacement therapy in the ICU: A multicentre prospective study. *Intensive Care Medicine*, 35(11), 1907–1915. <https://doi.org/10.1007/s00134-009-1588-z>
- Delva, D., Vanoost, S., Bijttebier, P., Lauwers, P., & Wilmer, A. (2002). Needs and feelings of anxiety of relatives of patients hospitalized in intensive care units: Implications for social work. *Social Work in Health Care*, 35(4), 21–40. [https://doi.org/10.1300/J010v35n04\\_02](https://doi.org/10.1300/J010v35n04_02)
- DiMatteo, M. R., Lepper, H. S., & Croghan, T. W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: Meta-analysis of the effects of anxiety and

- depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, 160(14), 2101–2107. <https://doi.org/10.1001/archinte.160.14.2101>
- Domínguez, S. (2018). Magnitud del efecto, una guía rápida. *Revista Educación Médica*, 19(4), 251–254. doi: 10.1016/j.edumed.2017.07.002
- Easy calculation. com. (s.f.). *Calculadora del efecto de tamaño*. Recuperado de <https://www.easycalculation.com/es/statistics/effect-size.php>
- Familiar, I., Ortiz-Panozo, E., Hall, B., Vieitez, I., Romieu, I., Lopez-Ridaura, R., & Lajous, M. (2015). Factor structure of the Spanish version of the Patient Health Questionnaire-9 in Mexican women: Factor Structure PHQ-9 in Mexican Women. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 24(1), 74–82. <https://doi.org/10.1002/mpr.1461>
- Faulhaber, R., Scholz, S., Haller, H., Kielstein, J., & Hafer, C. (2016). Health status, renal function, and quality of life after multiorgan failure and acute kidney injury requiring renal replacement therapy. *International Journal of Nephrology and Renovascular Disease*, 9, 119–128. <https://doi.org/10.2147/IJNRD.S89128>
- Francisco, A. y Ronco, C. (2020). *Insuficiencia Renal Aguda En La Infección Por Covid-19*. [www.nefrologiaaldia.org](http://www.nefrologiaaldia.org)
- Gáinza, F. J. (2017). Insuficiencia Renal Aguda. <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-insuficiencia-renal-aguda-158>
- Galindo, O., Meneses, A., Herrera, A., Caballero, M. R., y Aguilar, J. L. (2015). Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer: Propiedades psicométricas. *Psicooncología*, 12 (2–3). [https://doi.org/10.5209/rev\\_PSIC.2015.v12.n2-3.51016](https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n2-3.51016)
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., y Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista médica clínica Las Condes*, 31(2), 169-173. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.005>
- Greenberger & Padesky (2016). El control de tu estado de ánimo. PAIDÓS
- Guerrero, J. A., Romero, G., Martínez, M., Martínez, R. y Rosas, S. Percepción del cuidador primario sobre las intervenciones de enfermería al paciente en estado terminal. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social* [Internet]. 2016. [Consultado 20 Abril

- 2021]; 24(2): 91-98. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=65606>
- Heesakkers, H., Van, J. G., Corsten, S., Janssen, I., Ewalds, E., Burgers-Bonthuis, D., Rettig, T. C. D., Jacobs, C., Van, S., Slooter, A. J. C., Van, M. C. E., Zegers, M., & Van, M. (2022). Mental health symptoms in family members of COVID-19 ICU survivors 3 and 12 months after ICU admission: A multicentre prospective cohort study. *Intensive Care Medicine*, 48(3), 322–331. <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06615-8>
- Hirsch, J., Ng, J., Ross, D., & Jhaveri, K. (2020). Acute kidney injury in patients hospitalized with COVID-19. *Kidney International*, 98(1), 209-218. doi: 10.1016/j.kint.2020.05.006
- Hofhuis, J., Van Stel, H., Schrijvers, A. J., Rommes, J. H., & Spronk, P. E. (2013). The effect of acute kidney injury on long-term health-related quality of life: A prospective follow-up study. *Critical Care*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/cc12491>
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Hosey, M. & Needham, D. (2020). Survivorship after COVID-19 ICU stay. *Nature Reviews. Disease Primers*, 6, 60. doi: <https://doi.org/10.1038/s41572-020-0201-1>
- Hoste, E.A., & De Corte, W. AKI patients have worse long-term outcomes, especially in the immediate post-ICU period. *Critical Care*, 16(4). doi: 10.1186/cc11470.
- Hu, J., & Wang, Y. (2021). The Clinical Characteristics and Risk Factors of Severe COVID-19. *Gerontology*, 67(3), 255–266. <https://doi.org/10.1159/000513400>
- Instituto Nacional de Cancerología. Cuidadores informales de pacientes con cáncer: funciones, carga e intervenciones de apoyo. Versión para profesionales de salud [Internet]. [Consultado 20 Marzo 2021]. Disponible en: [https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/familia-y-amigos/familiares-a-cargo-pro-pdq#\\_77](https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/familia-y-amigos/familiares-a-cargo-pro-pdq#_77)
- Instituto Nacional de Psiquiatría. (2021). *Técnicas de respiración*. [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=Gq3PuDz6tBs>

- Jamali, M., Jaffar, H., Ullah, I., & Orsolini, L. (2021). COVID-19 and Cognitive, Emotional Aspects of Post-Intensive Care Syndrome. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 209(4), 242–3. doi: 10.1097/NMD.0000000000001294
- Jaywant, A., Bueno-Castellano, C., Oberlin, L. E., Vanderlind, W. M., Wilkins, V. M., Cherestal, S., Boas, S. J., & Kanellopoulos, D. (2022). Psychological interventions on the front lines: A roadmap for the development of a behavioral treatment program to mitigate the mental health burden faced by COVID-19 survivors. *Professional Psychology: Research and Practice*, 53(1), 80–89. <https://doi.org/10.1037/pro0000417>
- Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists. (2013). Guidelines for the practice of telepsychology. *American Psychologist*, 68, 791– 800. <http://dx.doi.org/10.1037/a0035001>
- Kanbay, M., Medetalibeyoglu, A., Kanbay, A., Cevik, E., Tanriover, C., Baygul, A., Şenkal, N., Konyaoglu, H., Akpinar, T.S., Kose, M., Covic, A., & Tukek, T. (2022). Acute kidney injury in hospitalized COVID-19 patients. *International Urology and Nephrology*, 54(5),1097-1104. doi: 10.1007/s11255-021-02972-x.
- Kazdin, A. E. (2021). Single-case experimental designs: Characteristics, changes, and challenges. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 115(1), 56-85 <https://doi.org/10.1002/jeab.638>
- Kellum, J. A., Olivier van Till, J. W., & Mulligan, G. (2020). Targeting acute kidney injury in COVID-19. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 35(10), 1652–1662. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfaa231>
- Kemp, H., Corner, E., & Colvin, L. (2020). Chronic pain after COVID-19: implications for rehabilitation, *British Journal of Anaesthesia*, 125(4), 436-449. doi: 10.1016/j.bja.2020.05.021
- Kho, M.E., Rewa, O.G., Boyd, J.G., Choong, K., Stewart, G.C., & Herridge, M.S. (2022). Outcomes of critically ill COVID-19 survivors and caregivers: a case study-centred narrative review. *Canadian Journal of Anesthesia*, 69(5), 630-643. doi: 10.1007/s12630-022-02194-4.
- Kong, X., Zheng, K., Tang, M., Kong, F., Zhou, J., Diao, L., Wu, S., Jiao, P., Su, T., Dong, Y. (2020). Prevalence and Factors Associated with Depression and Anxiety of Hospitalized Patients with COVID-19. *medRxiv*. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.03.24.20043075>

- Krasny, P. A., & Evans, J. (2018). Single-case experimental designs to assess intervention effectiveness in rehabilitation: A practical guide. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 61(3), 164-179. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2017.12.002>
- Kroenke, K., Spitzer, R., & Williams J. (2001) The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*,16, 606-13. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2002). The PHQ-9: A new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Annals*, 32(9), 509–515. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-20020901-06>
- Labuzetta, J. N., Rosand, J., Vranceanu, A., & Jolla, L. (2019). Review: Post-Intensive Care Syndrome: Unique Challenges in the Neurointensive Care Unit. *Neurocritical care*, 31(3), 534–45. DOI: 10.1007/s12028-019-00826-0
- Lally, R. & Brooks, C. (2016). Psychoeducational Interventions for Supporters of Women with Breast Cancer: an Integrative Review. *Journal of Cancer Education*, 31(4), 626 - 632. doi: 10.1007/s13187-015-0883-3
- Lamb, T., Pachana, N., & Dissanayaka, N. (2018). Update of recent literature on remotely delivered psychotherapy interventions for anxiety and depression. *Telemedicine and e-Health*, 25(8), 671-677. 10.1089/tmj.2018.0079.
- Lerma, A., Perez, H., Bermudez, L., Peralta, M. L., Robles, R., & Lerma, C. (2016). Brief cognitive behavioural intervention for depression and anxiety symptoms improves quality of life in chronic haemodialysis patients. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(1), 105–123. <https://doi.org/10.1111/papt.12098>
- Li, J., Li, X., Jiang, J., Xu, X., Wu, J., Xu, Y., Lin, X., Hall, J., Xu, H., Xu, J., & Xu, X. (2020). The Effect of Cognitive Behavioral Therapy on Depression, Anxiety, and Stress in Patients With COVID-19: A Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 1–12. doi: 10.3389/fpsy.2020.580827.
- Líderes Médicos (2021). El papel de la Nefrología frente al deterioro renal ocasionado por COVID-19. INER.
- López, S., Wegman, T., Perelman, C., Sepulveda, R., Rebolledo, P. A., Cuapio, A., & Villapol, S. (2021). More than 50 Long-Term Effects of COVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis. *SSRN Electronic Journal*, 1–22. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3769978>

- Malouff, J., Thorsteinsson, E., & Schutte, N. (2007). The efficacy of problem solving therapy in reducing mental and physical health problems: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 27*, 46-57, doi: 10.1016/j.cpr.2005.12.005.
- Martillo, M., Dangayach, N., Tabacof, L., Spielman, L., O'Connor, K., Chan, C., Seth, R., Cortes, M., & Escalon, M. (2021). Postintensive Care Syndrome in Survivors of Critical Illness Related to Coronavirus Disease 2019: Cohort Study From a New York City Critical Care Recovery Clinic. *Critical Care Medicine, 49* (9). 1427-1438, doi: 10.1097/CCM.0000000000005014
- May, A.D., Parker, A.M., Caldwell, E.S., Hough, C.L., Jutte, J.E., Gonzalez, M.S., Needham, D.M., & Hosey, M.M. (2021). Provider-Documented Anxiety in the ICU: Prevalence, Risk Factors, and Associated Patient Outcomes. *Journal of Intensive Care Medicine, 36*(12), 1424-1430. doi: 10.1177/0885066620956564.
- Mayer, K.P., Ortiz, V.M., Kalantar, A., Lambert, J., Morris, P., & Neyra, J. (2022). Acute kidney injury contributes to worse physical and quality of life outcomes in survivors of critical illness. *BMC Nephrology, 23*(137), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12882-022-02749-z>
- Mazza, M. G., De Lorenzo, R., Conte, C., Poletti, S., Vai, B., Bollettini, I., Melloni, E. M. T., Furlan, R., Ciceri, F., Rovere-Querini, P., & Benedetti, F. (2020). Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain, Behavior, and Immunity, 89*, 594–600. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.07.037>
- McGrady, A., McGinnis, R., Badenhop, D., Bentle, M., & Rajput, M. (2009). Effects of depression and anxiety on adherence to cardiac rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention, 29*(6), 358–364. <https://doi.org/10.1097/HCR.0b013e3181be7a8f>
- Meichsner, F., Töpfer, N., Reder, M., Soellner, R., & Wilz, G. (2019). Telephone-Based Cognitive Behavioral Intervention Improves Dementia Caregiver's Quality of Life. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias, 34*(4), 236–46. <https://doi.org/10.1177/1533317518822100>
- Mills, S.D., Fox, R.S., Malcarne, V.L., Roesch, S.C., Champagne, B.R., & Sadler, G.R. (2014). The psychometric properties of the generalized anxiety disorder-7 scale in Hispanic Americans with English or Spanish language preference. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology, 20*(3), 463-468. doi: 10.1037/a0036523.

- Mohr, D. C., Ho, J., Duffecy, J., Reifler, D., Sokol, L., Burns, M. N., & Siddique, J. (2012). Effect of telephone-administered vs face-to-face cognitive behavioral therapy on adherence to therapy and depression outcomes among primary care patients: A randomized trial. *JAMA*, *307*(21), 2278–2285. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.5588>
- Muñoz, R., Ghosh, C., Rao, S., Le, H., & Dwyer, E. (2000). *Manual de Terapia de Grupo para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de la Depresión: Aprendiendo a Manejar su Realidad Personal [Manual para el Participante]*.
- Naef, R., Felten, S., & Ernst, J. (2021). Factors influencing post-ICU psychological distress in family members of critically ill patients: a linear mixed-effects model. *BioPsychoSocial Medicine*, *15*(4). <https://doi.org/10.1186/s13030-021-00206-1>
- Natale, P., Palmer, S., Ruospo, M., Saglimbe, V., Rabindranath, K., & Strippoli, G. (2019). Psychosocial interventions for preventing and treating depression in dialysis patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *12*(12). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004542.pub3>. [www.cochranelibrary.com](http://www.cochranelibrary.com)
- Nezu, A., Nezu, C., & D'Zullilla, T. (2014). *Terapia de Solución de Problemas. manual de tratamiento*. Desclée de Brouwer.
- Nikayinn, S., Rabiee, A., Hashem, M.D., Huang, M., Bienvenu, O.J., Turnbull, A.E., & Needham D.M. (2016). Anxiety symptoms in survivors of critical illness: a systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, *43*, 23-29. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2016.08.005.
- Nisula, S., Vaara, S., Kaukonen, K., Reinikainen, M., Koivisto, S.P., Inkinen, O., Poukkanen, M., Tiainen, P., Pettilä, V., Korhonen, A.M. (2013). Six-month survival and quality of life of intensive care patients with acute kidney injury. *Critical Care*, *17*(5). <https://doi.org/10.1186/cc13076>
- Northouse, L., Katapodi, M., Zhang, L. & Mood, D. (2010). Interventions with Family Caregivers of Cancer Patients: Meta-Analysis of Randomized Trials. *A Cancer Journal for Clinicians*, *60*(5), 317-339. doi: 10.3322/caac.20081
- Olvera, V., Sánchez, M., Muñoz, D. L., Becerra, A., L., y Reynoso, L. (2021). Reducción de estrés en pacientes con Enfermedad Renal Crónica. *Quartuppi*.
- Organización Mundial de la Salud (2021). Información básica sobre la COVID-19. <https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>

- Othman, A., Wan, M., Zainuddin, Z. N., & Mohamad, Y. (2020). Effectiveness of cognitive behaviour therapy on depression among haemodialysis patients: A systematic review of literature. *Cogent Psychology*, 7(1), <https://doi.org/10.1080/23311908.2020.1794680>
- Paddle, J. J., Sharpe, K. A., Boyd, N., & Burt, K. (2014). Psychological outcomes in critically ill patients receiving renal replacement therapy: A matched-pairs analysis. *Anaesthesia*, 69(10), 1127–1132. <https://doi.org/10.1111/anae.12756>
- Paul, F., & Rattray, J. (2008). Short- and long-term impact of critical illness on relatives: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 62(3), 276–292. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04568.x>
- Peris, A., Bonizzoli, M., Iozzelli, D., Migliaccio, M. L., Zagli, G., Bacchereti, A., Debolini, M., Vannini, E., Solaro, M., Balzi, I., Bondoni, E., Bacchi, I., Giovannini, V., & Belloni, L. (2011). Early intra-intensive care unit psychological intervention promotes recovery from post traumatic stress disorders, anxiety and depression symptoms in critically ill patients. *Critical Care*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/cc10003>
- Petrinec, A., Wilk, C., Hughes, J. W., Zullo, M. D., Chen, Y.-J., & Palmieri, P. A. (2021). Delivering Cognitive Behavioral Therapy for Post-Intensive Care Syndrome-Family via a Mobile Health App. *American Journal of Critical Care*, 30(6), 451–458. <https://doi.org/10.4037/ajcc2021962>
- Plasencia, T.M., Aguilera, R., Almaguer, L.E. (2020). Comorbilidades y gravedad clínica de la COVID-19: revisión sistemática y meta-análisis. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19. <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3389>
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S.B., Lee, J.Y. & Podsakoff, N.P. (2003). Common Method Biases in Behavioral Research: A Critical Review of the Literature and Recommended Remedies. *Journal of Applied Psychology*, 88(5), 879–903. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.5.879>
- Pustejovsky, J. E., Chen, M., & Swan, D. M. (2021). *Single-case effect size calculator*. (Versión 5.2) [Aplicación web]. Disponible en: <https://jepusto.shinyapps.io/SCD-effect-sizes/>
- Rabiee, A., Nikayinn, S., Hashem, M.D., Huang, M., Dinglas, V.D., Bienvenu, O.J., Turnbull, A.E., & Needham, D.M. (2016). Depressive Symptoms After Critical Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Critical Care Medicine*, 44(9),1744-53. doi: 10.1097/CCM.0000000000001811.

- Rahimi, T., Dastyar, N., Rafati, F. (2021). Experiences of family caregivers of patients with COVID-19. *BMC Family Practice*, 22(137). <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01489-7>
- Robles, R. (2002). *Evaluación y modificación de la calidad de vida de personas con Diabetes Mellitus tipo II* [tesis de doctorado, Universidad Nacional Autónoma de México], TESIUNAM.
- Rogers, J. P., Chesney, E., Oliver, D., Pollak, T. A., McGuire, P., Fusar-Poli, P., Zandi, M. S., Lewis, G., & David, A. S. (2020). Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(7), 611–627. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30203-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30203-0)
- Rossi, S., Panzeri, A., Cerutti, P., & Sacco, D. (2021). The Psychological experience and intervention in post-acute COVID-19 inpatients. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 17, 413-422. doi: <https://doi.org/10.2147/NDT.S283558>
- Ruiz, R., & Moya, A. (2012). El cuidado informal: una visión actual. *Revista de Motivación y Emoción*, 1, 22-30. doi: [http://reme.uji.es/reme/3-albiol\\_pp\\_22-30.pdf](http://reme.uji.es/reme/3-albiol_pp_22-30.pdf)
- Sabaghian, T., Kharazmi, A.B., Ansari, A., Omid, F., Kazemi, S.N., Hajikhani, B., Vaziri-Harami, R., Tajbakhsh, A., Omid, S., Haddadi, S., Shahidi, A.H., Nasiri, M.J. & Mirsaedi, M. (2022). COVID-19 and Acute Kidney Injury: A Systematic Review. *Frontiers in Medicine*, 9(705908). doi: 10.3389/fmed.2022.705908
- Sampieri, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Mc. Graw Hill
- Sánchez, A., Pérez, S. E., & Ponce, G. (2018). Síndrome de Cuidados Post-Intensivos en adultos con alteraciones oncológicas hospitalizados o de egreso. XVI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. <http://www.coloquioenfermeria2018.sld.cu/index.php/coloquio/2018/paper/view/719/546>
- Sánchez, J.J. & Alvarado, S. (2008). a Behavioral self-recording procedure in the management of Breast Cancer: a field test with disadvantaged participants. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 34(2), 313-331
- Sánchez, J.J. (2020). *Guía de relajación muscular progresiva profunda: Protocolo cefalocaudal "Menninger"*. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en: [www.healthnet.unam.mx](http://www.healthnet.unam.mx)

- Schröder, J., Berger, T., Westermann, S., Klein, J. & Moritz, S. (2016). Internet interventions for depression: new developments. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 18(2), 203-212. doi: 10.31887/DCNS.2016.18.2/jschroeder.
- Scott, P., Thomson, P., & Shepherd, A. (2019). Families of patients in ICU: a scoping review of their needs and satisfaction with care. *Nurse Open*, 6(3), 698– 712. doi: 10.1002/nop2.287
- Secretaría de Salud (2022). *COVID-19 México. Información General*. <https://datos.covid-19.conacyt.mx/>
- Sethi, Y., Kaiwan, O., Bassiony, M., Vora, V., Agarwal, P., Gajwani, N., Garg, K., Sai, B., Prakash, A., Gohel, S. & Roy, D. (2022). Psychological Assessment of Family Caregivers of Patients With COVID-19 in the United States of America and India. *The Cureus Journal of Medical Science*, 14(9). doi:10.7759/cureus.29267
- Shaffer, J., Kronish, I., Falzon, L., Cheung, Y., & Davidson, K. (2018). N-of-1 Randomized Intervention Trials in Health Psychology: A systematic review and methodology critique. *Annals of Behavioral Medicine*, 52(9):731-742. doi: 10.1093/abm/kax026.
- Sharafkhaneh, A., Mengistu, A., Alexander, N., & Kunik, M. (2017). Depression and anxiety in patients with chronic respiratory diseases. Springer
- Sharma, A., Singh, T., Bharti, A., Sharma, R., Deepali, S. & Dubey, P. (2021). Mental health status among the family members of COVID-19 patients in Jabalpur District Madhya Pradesh: a cross-sectional study. *Journal of Primary Care Specialities*, 1(1), doi: 10.4103/jopcs.jopcs\_7\_20
- Smith, N., F., Lespérance, F., Gravel, G., Masson, A., Juneau, M., Talajic, M., & Bourassa, M., G. (2000). Social Support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. *Circulation*, 101, 1919–1924 <https://doi.org/10.1161/01>.
- Spitzer, R., Kroenke, K., Williams, J. & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), doi: 1092-197. 10.1001 / archinte.166.10.1092
- Stiles-Shields, C., Kwasny, M. J., Cai, X., & Mohr, D. C. (2014). Therapeutic alliance in face-to-face and telephone-administered cognitive behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(2), 349–354. <https://doi.org/10.1037/a0035554>

- Sullivan, M., K., Lees, J., S., Drake, T., M., Docherty, A., B., Oates, G., Hardwick, H., E., Russell, C., D., Merson, L., Dunning, J., Nguyen, J., S., Openshaw, P., Harrison, E., M., Baillie, J., K., Semple, M., G., Ho, A., & Mark, P., B. (2022). Acute kidney injury inpatients hospitalized with COVID-19 from the ISARIC WHO CCP-UK Study: a prospective, multicentre cohort study. *Nephrology Dialysis Transplantation*, *37*, 271-284. doi: 10.1093/ndt/gfab303
- Szcześniak, D., Gładka, A., Misiak, B., Cyran, A., & Rymaszewska, J. (2021). The SARS-CoV-2 and mental health: From biological mechanisms to social consequences. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *104*. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110046>
- Taboada, M., Rodríguez, N., Díaz-Vieito, M., Domínguez, M.J., Casal, A., Riveiro, V., Cariñera, A., Moreno, E., Pose, A., Valdés, L., Álvarez, J., y Seoane-Pillado, T. (2022). Calidad de vida y síntomas persistentes tras hospitalización por COVID-19. Estudio observacional prospectivo comparando pacientes con o sin ingreso en UCI. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, *69*, 326-335. <https://doi.org/10.1016/j.redar.2021.05.009>
- Taquet, M., Geddes, J.R., Husain, M., Luciano, S., & Harrison, P.J. (2021a) 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236 379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. *Lancet Psychiatry*, *8*(5), 416-427. doi: 10.1016/S2215-0366(21)00084-5.
- Taquet, M., Holmes, E.A., & Harrison, P.J. (2021b). Depression and anxiety disorders during the COVID-19 pandemic: knowns and unknowns. *The Lancet*, *398*(10312), 1665-1666. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02221-2.
- Taquet, M., Luciano, S., Geddes, J.R., & Harrison, P.J. (2021c). Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA. *Lancet Psychiatry*, *8*(2),130-140. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30462-4.
- Tarlow, K. R. (2017). An improved rank correlation effect size statistic for single-case designs: Baseline corrected Tau. *Behavior Modification*, *41*(4), 427–467. <https://doi.org/10.1177/0145445516676750>
- Tate, R., L., & Perdices M. (2020). Research note: single-case experimental designs. *Journal of Psychotherapy Appraisal*, *66*(3), 202-206. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2020.06.004>

- Tingey, J., & Bentley, J. (2020). COVID-19: Understanding and mitigating trauma in ICU survivors. *American Psychological Association*, 12(S1), 100-104. doi: 10.1037/tra0000884.
- Torres, B., Agudelo, M., Pulgarin, Á., & Berbesi, D. (2018). Factores asociados a la sobrecarga en el cuidador primario. Medellín, 2017. *Universidad y Salud*, 20, 261. <https://doi.org/10.22267/rus.182003.130>
- Vannest, K.J., Parker, R.I., Gonen, O., & Adıgüzel, T.(2016). *Single Case Research: web-based calculators for SCR analysis*. (Versión 2.0) [Web-based application]. College Station, TX: Universidad de Texas A&M. Consultado el miércoles 28 de julio de 2021. Disponible en <http://www.singlecaseresearch.org/calculators/nap>.
- Vázquez, F.L., Blanco, V., Hermida, E., Otero, P., Torres, Á., & Díaz-Fernández, O. (2015). Eficacia de las intervenciones psicológicas breves para reducir los síntomas depresivos en cuidadores: Revisión sistemática y meta-análisis. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(3), 173–88. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.20.num.3.2015.15891>
- Villatoro, P. (2012). *La medición del bienestar a través de indicadores subjetivos: Una revisión*. Naciones Unidas CEPAL.
- Wang, Y., Liu, S., Liu, Q. & Lv, Y. (2022). The Interaction of Central Nervous System an Acute Kidney Injury: Pathophysiology and Clinical Perspectives. *Frontiers in Physiology*, 13(826686). doi:10.3389/fphys.2022.826686
- Wei, N., Huang, B., Lu, S., Hu, J., Zhou, Hu., Chen, J., Huang, Li, S., Wang, Z., Wang, D., Xu, Y., & Hu, S. (2020). Efficacy of internet-based integrated intervention on depression and anxiety symptoms in patients with COVID-19. *Journal of Zhejiang University: Science B*, 21(5), 400–404. <https://doi.org/10.1631/jzus.B2010013>
- Wences, L. y Ambrosio, R. El INER cumple 85 años al servicio de los mexicanos. *Gaceta Facultad de Medicina* [Internet]. 2021. [Consultado 15 de Julio 2022]; IX (229): 10-11. Disponible en: <https://gaceta.facmed.unam.mx/index.php/2021/03/22/el-iner-cumple-85-anos-al-servicio-de-los-mexicanos/>
- Wilz, G., & Soellner, R. Evaluation of a Short-Term Telephone-Based Cognitive Behavioral Intervention for Dementia Family Caregivers. (2016). *Clinical Gerontologist* 39(1), 25–47. <https://doi.org/10.1080/07317115.2015.1101631>

Zheng, C., Tang, S. C., Chan, M., Tran, B. X., Ho, C. S., Tam, W. W., & Ho, R. C. (2019). A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behavioral therapy for hemodialysis patients with depression. *Journal of Psychosomatic Research, 126*, <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109834>

Zigmond, A. S. y Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67* (6), 361 – 370. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

## Anexos

### Anexo 1. Consentimiento informado



#### Intervención cognitivo conductual a distancia para pacientes recuperados de COVID-19 que cursaron con lesión renal aguda y sus cuidadores



Fecha de aplicación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Folio: \_\_\_\_\_

#### Consentimiento Informado Verbal

Le estamos llamando para invitarle a participar en una investigación que tiene el objetivo de identificar y atender, a través de intervenciones psicológicas vía telefónica, las necesidades de salud mental y de cuidado de la salud de las personas que tuvieron COVID-19 y cursaron con lesión renal aguda atendidas en el servicio de Nefrología del INER, así como para atender las posibles necesidades de salud mental de sus familiares.

Su participación en esta investigación consiste en:

Pacientes:

- 1) Responder vía telefónica unas escalas psicométricas como parte de una valoración de salud mental;
- 2) Autorización para que se recaben de su expediente electrónico algunos datos;
- 3) En caso de ser necesario, de acuerdo con los resultados de la valoración inicial, recibir una intervención psicológica vía telefónica para disminuir su malestar psicológico, la cual se le proporcionaría un día a la semana durante cinco semanas, y un mes después se le llamaría una última vez para darle seguimiento a sus síntomas psicológicos;
- 4) Realizar diariamente como parte de la intervención psicológica un registro de sus síntomas de ansiedad y/o de tristeza.

Cuidadores:

- 1) Responder vía telefónica unas escalas psicométricas como parte de una valoración de salud mental y preguntas sobre sus datos sociodemográficos;
- 2) En caso de ser necesario, de acuerdo con los resultados de la valoración inicial, recibir una intervención psicológica vía telefónica para disminuir su malestar psicológico, la cual se

le proporcionaría un día a la semana durante seis semanas, y un mes después se le llamaría una última vez para darle seguimiento a sus síntomas psicológicos;

- 3) Realizar diariamente como parte de la intervención psicológica un registro de sus síntomas de ansiedad y/o de tristeza.

El beneficio que usted obtendrá en este estudio será el acceso gratuito a una evaluación de salud mental y de ser necesario a una intervención psicológica que le permitirá obtener mejoría en su salud mental y física. Los datos derivados de este estudio pueden proporcionar información de utilidad para identificar estrategias de intervención psicológica que se puedan implementar en otras instituciones de salud y así beneficiar a otras personas recuperadas de COVID-19 y sus cuidadores.

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria. Si usted decide no participar en este estudio, su decisión será respetada; si decide participar puede retirarse (interrumpir su participación) en cualquier momento. Ninguna de las dos razones previas (no aceptar participar o decidir retirar su participación) afectará la calidad de la atención médica que reciba en esta institución en el futuro.

Toda la información que proporcione este estudio será confidencial; su nombre no aparecerá en ninguno de los reportes o artículos científicos que se elaboren con la información obtenida. Se tendrá especial cuidado en mantener la confidencialidad de la información que nos proporcione con las personas o familiares que pudieran responder las llamadas telefónicas.

En caso de tener dudas acerca de su participación en este estudio puede comunicarse con Dr. Jesús Arturo Rivero al teléfono \_\_\_\_\_ investigador principal o con los investigadores que participan en el proyecto, al teléfono \_\_\_\_\_.

En caso de tener dudas acerca de sus derechos como participante de una investigación puede comunicarse con la presidente del comité de ética de investigación, la licenciada Adriana Espinosa Jove, al teléfono 5554871700 ext.5254.

Después de conocer esta información, ¿acepta usted participar en esta investigación?

( ) Acepto

( ) No acepto

## Anexo 2. Generalized Anxiety Disorder (GAD-7)



### Intervención cognitivo conductual a distancia para pacientes recuperados de COVID-19 que cursaron con lesión renal aguda y sus cuidadores



Fecha de aplicación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Folio: \_\_\_\_\_

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas?

	Nunca	Menos de la mitad de los días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Sentirse nervioso, ansioso o al límite	0	1	2	3
2. No ser capaz de parar o controlar la preocupación	0	1	2	3
3. Preocuparse demasiado sobre diferentes cosas	0	1	2	3
4. Tener problemas para relajarse	0	1	2	3
5. Estar tan inquieto que es difícil quedarse quieto	0	1	2	3
6. Enojarse fácilmente o sentirse irritable	0	1	2	3
7. Sentir miedo como si algo horrible pudiera suceder	0	1	2	3
		+		
	+			
Total				

### Anexo 3. Patient Health Questionnaire (PHQ-9)



#### Intervención cognitivo conductual a distancia para pacientes recuperados de COVID-19 que cursaron con lesión renal aguda y sus cuidadores



Fecha de aplicación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Folio: \_\_\_\_\_

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

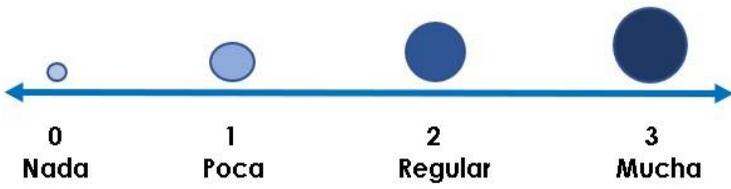
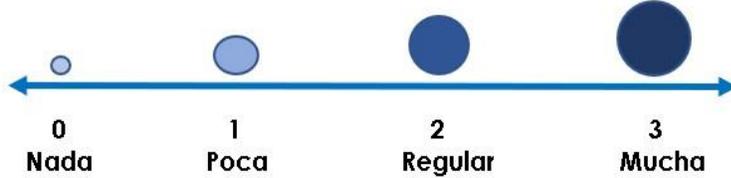
	Para nada	Menos de la mitad de los días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Dificultad para dormir o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Con poco apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a)- o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo?, o por el contrario -ha estado tan inquieto(a) o agitado(a), que se ha estado moviendo mucho más de lo normal?	0	1	2	3
9. Ha pensado que estaría mejor muerto(a) o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera	0	1	2	3
			+	+
			Total	

## Anexo 4. Registro de percepción de síntomas de ansiedad y depresión



Intervención cognitivo conductual a distancia para pacientes recuperados de COVID-19 que cursaron con lesión renal aguda y sus cuidadores



TAREA DIARIA	
<p><b>Sentí ansiedad</b></p> 	 <p>0 Nada      1 Poca      2 Regular      3 Mucha</p>
<p><b>Sentí tristeza</b></p> 	 <p>0 Nada      1 Poca      2 Regular      3 Mucha</p>

## Anexo 5. Manual

# Manual de Terapia Cognitivo Conductual para el tratamiento de las afectaciones psicológicas de sobrevivientes de cuidados críticos y sus CPI



***Por Lic. En Psicología Lilian M. González Avilés  
Estudiante de la Residencia en Medicina Conductual.  
Facultad de Psicología, UNAM***

---

Adaptado de:

- Sánchez Sosa, J.J. (2020) *Guía de relajación muscular progresiva profunda: Protocolo cefalocaudal "Menninger"*. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en: [www.healthnet.unam.mx](http://www.healthnet.unam.mx)
- Muñoz, R. F., Ghosh Ippen, C., Rao, S., Le, H-L, & Dwyer, E. V. (2000). *Manual de Terapia de Grupo para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de la Depresión: Aprendiendo a Manejar su Realidad Personal.* [Manual para el Participante.]
- Lerma, A., Perez, H., Bermudez, L., Peralta, M. L., Robles, R., & Lerma, C. (2016). *Brief cognitive behavioural intervention for depression and anxiety symptoms improves quality of life in chronic haemodialysis patients.* *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(1), 105–123. <https://doi.org/10.1111/papt.12098>

## Índice

Módulo 1. Relajación.....	93
Módulo 2. Auto reforzamiento.....	101
Módulo 3. Identificación de pensamientos automáticos y su modificación .....	105
Módulo 4. Afrontando los problemas .....	109
Módulo 5. Prevención de recaídas .....	111
Módulo 6 (extra). Higiene del sueño .....	113

## Módulo 1. Relajación

### **Objetivos**

- Explicar los síntomas de ansiedad y depresión.
- Describir la Terapia Cognitivo Conductual y su utilidad para el manejo del malestar del paciente.
- Explicar en qué consiste la respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva profunda y entrenar en su realización.

### **Actividades**

1. Revisión de tarea.
2. Psicoeducación en síntomas de ansiedad y depresión y TCC con ejemplos de la vida del paciente.
3. Psicoeducación en respiración diafragmática y entrenamiento.
4. Psicoeducación en relajación muscular progresiva profunda y entrenamiento.
5. Cierre y tarea semanal.

### **Técnicas empleadas**

- ❖ Psicoeducación.
- ❖ Respiración diafragmática.
- ❖ Relajación muscular progresiva profunda.

### **Criterio de adquisición de habilidades**

- Explicación detallada de los pasos a seguir cuando practica la respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva.
- Que mencione al menos un resultado relajante después de practicar el ejercicio durante la semana.

### **Procedimiento**

1. Revisión de tarea

Preguntar qué le pareció la tarea de los registros diarios de síntomas de tristeza y ansiedad, si tuvo dudas o complicaciones. Si no lo hizo preguntar la razón y realizarlo de manera retrospectiva. Indagar qué ocurrió cada día de la semana del paciente y relacionarlo con su registro de síntomas.

2. Psicoeducación en síntomas de ansiedad y depresión y TCC

Síntomas de depresión. *Hay tres elementos que influyen en cómo nos sentimos y qué emoción tenemos: los pensamientos o lo que nos viene a la mente, las conductas o lo que hacemos y las sensaciones físicas o lo que sentimos en el cuerpo. Cuando experimentamos tristeza, podemos tener pensamientos de culpa excesiva, inutilidad y desesperanza; nos cuesta trabajo pensar en algo diferente a lo que nos pone tristes, se nos dificulta concentrarnos y tomar decisiones, e incluso*

*podemos tener pensamientos de querer morir. Las sensaciones físicas que tenemos al estar tristes pueden ser fatiga, falta de apetito, o aumento de este, insomnio, o al contrario, dormimos mucho. Las conductas que influyen en que nos sintamos tristes se relacionan con dejar de hacer actividades que antes nos gustaban o eran importantes, también nuestros movimientos se vuelven lentos. Preguntar si durante la semana tuvo alguno de esos síntomas y relacionarlo con el registro de tristeza que realizó.*

*Síntomas de ansiedad. Por otro lado, cuando experimentamos ansiedad también influye en esto los pensamientos, las conductas y las sensaciones físicas. Los pensamientos que tenemos al estar ansiosos son de preocupación excesiva, siendo difícil controlarlos, así como pensamientos de que algo terrible podría pasar. Las sensaciones físicas que tenemos al estar ansiosos son la tensión muscular, sudoración, taquicardia, temblor, molestias digestivas, mareos, etc. Las conductas que tenemos cuando estamos ansiosos son de agitación e intranquilidad o inquietud. Preguntar si durante la semana tuvo alguno de esos síntomas y relacionarlo con el registro de tristeza que realizó.*

*Un tipo de terapia que es útil para disminuir los síntomas de depresión y ansiedad es la Terapia Cognitivo Conductual, en la cual se trabaja con los diferentes elementos que influyen en las emociones, es decir, los pensamientos, las sensaciones físicas y las conductas, pues estos elementos interactúan uno con otro e influyen en cómo nos sentimos. Podemos ver a cada elemento de los síntomas de ansiedad y depresión como bolas de billar, cuando “golpeamos una, esta golpea a todas las demás”, es decir, si “le damos” o trabajamos en cambiar algún elemento, ya sea conductas, pensamientos o sensaciones físicas, esto va a repercutir en los demás. A lo largo de las siguientes semanas, vamos a aprender maneras de trabajar con estas bolas de billar, las cuales influirán en las bolas restantes.*

*Preguntar si tiene alguna duda sobre lo anterior. Pedir que mencione alguna situación en la que se haya sentido triste o ansioso durante la semana y que identifique cada componente (conducta, pensamiento, sensación física).*

*El día de hoy vamos a trabajar con la bola de billar de las sensaciones físicas que usted experimenta cuando está ansioso, recuerde que esto va a influir en lo que usted piensa, lo que usted hace y finalmente en sus emociones. Trabajaremos con dos ejercicios de relajación, vamos a empezar.*

### **3. Psicoeducación en respiración diafragmática y entrenamiento**

*Aprenderemos a respirar profundamente. Cuando somos bebés respiramos de esta manera, inhalamos mucho aire hasta llenar nuestro cuerpo y luego lo soltamos todo. Sin embargo, poco a poco aprendemos a respirar de forma cortada, necesitamos reaprender a respirar como bebés. Vamos a respirar inflando el estómago dejando que se llene de aire el fondo de los pulmones.*

*Siéntese en una silla o sofá, ponga el teléfono en altavoz; si hay algún accesorio como cinturón, pulsera, etc. que le estorbe o le incomode, quíteselo, coloque su cuerpo derecho pero relajado, sus pies apoyados en el suelo y sus manos en su estómago, debajo de las costillas. Para este ejercicio vamos a seguir dos pasos: primero, con los ojos cerrados va a inhalar, mientras inhala va a inflar el estómago poco a poco con ese aire, va a sentir cómo su estómago al irse inflando empuja sus manos, y el segundo paso es exhalar suavemente mientras saca el aire, el estómago se va a desinflar y va a volver a quedar planito. Preguntar si fue clara la explicación y resolver dudas.*

*Empecemos: inhale profunda y suavemente, inflando el estómago, sienta como empuja sus manos, sostenga un momento y exhale lentamente por la nariz y la boca, el estómago vuelve a su posición original. No haga mucho esfuerzo, hágalo de manera tranquila y natural. Ponga atención en cómo están sus hombros, no se deben mover, únicamente su estómago se infla y desinfla con su respiración. Preguntar cómo se siente y resolver dudas. Es probable que no le salga a la primera. Vamos a practicarlo otra vez, recuerde que primero tomará aire mientras infla el estómago y después lo soltará hasta desinflar por completo su estómago, imagine que su estómago es un globo que se infla cada vez que usted inhala y se desinfla al exhalar. Repetir el ejercicio 10 veces más. Permita que su atención se enfoque en su respiración, concéntrese en la sensación de su estómago que suavemente sube y baja cada vez que inhala y exhala, inhala y exhala. Permita que su respiración sea lenta, tranquila, cómoda, a su ritmo. Note la sensación del aire entrando a través de su nariz y bajando hasta el fondo de sus pulmones, note la sensación del aire saliendo por su nariz y boca, sienta sus manos moverse suavemente en su abdomen, subiendo y bajando. No necesitan ser respiraciones muy profundas, solo cómodas, poniendo atención en la respiración, continúe inhalando y exhalando a su ritmo, despacio, cómodamente, sin esfuerzo. Concéntrese en la sensación tan agradable de su cuerpo cuando respira así, relájese y disfrútelo.*

#### 4. Psicoeducación en relajación muscular progresiva profunda y entrenamiento

*Ahora vamos a agregar otro ejercicio de relajación, se trata de tensar o apretar y luego relajar distintos músculos del cuerpo. Cierre los ojos y ponga toda su atención en cómo se siente su cuerpo, note las partes de su cuerpo en las que hay más tensión, aquellas que se sienten apretadas, ¿cuáles partes de son?, ¿con qué intensidad siente la tensión en una escala del 0 al 10 (en donde 10 es muchísimo)?*

*Le pido que desde ahora tenga los ojos cerrados y siga mis indicaciones. Primero vamos a fruncir el entrecejo como haciendo una expresión de enojo, pero solo con la frente y sostenemos ese apretón **solo mientras cuento hasta cinco**. Adelante, empezamos, bien fruncida esa frente... (con dos o tres segundos entre cada número del conteo) uno... dos ... nos grabamos cómo se siente una frente tensa... tres... memorizamos cómo se siente esa frente tensa ... cuatro...y, ahora sí... cinco. Aflojamos por completo la frente, ahora se siente lisa, planita y descansada. Podemos sentirla con las yemas de los dedos si queremos apreciar mejor la diferencia.*

*Y ahora hay que grabarnos la diferencia de cómo se siente la frente tensa como estaba hace un momento y cómo se siente ahora que está bien relajada, hay que grabarnos estas diferencias. Ahora continuamos con los párpados, como si una luz intensísima nos lastimara la vista apretamos bien fuerte los párpados pero **solo mientras cuento hasta cinco** ... no la frente ni el resto de la cara solo los párpados ... empezamos, apretamos ... uno ... dos ... nos grabamos esta sensación de apretón en los ojos ... tres ... nos fijamos bien cómo se siente ... cuatro ... y ahora sí ... cinco, aflojamos completamente los párpados y quedan flojitos, bien descansados y relajados ... y nos memorizamos esta diferencia clarísima de cómo se sentían hace un momento y cómo se sienten ahora.*

*Ahora continuamos con las mejillas y los labios, vamos a apretar los labios como haciendo un gesto de enfado y los sostenemos así bien apretados pero **solo mientras cuento hasta cinco**, no la frente ni los ojos, solo los labios y las mejillas ... adelante apretamos los labios ... uno ... dos ... memorizamos cómo se sienten los labios y las mejillas bien apretadas ... tres ... nos grabamos cómo se sienten ... cuatro ... y ahora sí ... cinco aflojamos por completo las mejillas y los labios de modo que quedan bien flojitos, descansado, bien relajados y nos grabamos esta diferencia, tan clara de cómo se sentían antes.*

*Ahora trabajamos la mandíbula, el ejercicio consiste simplemente en morder apretando la mandíbula de modo que se pongan duros los músculos que están abajo de las orejas, no demasiado duro, no debe doler, solo a que se sienta ese apretón de mandíbula y **solo mientras cuento hasta cinco**. Empezamos, mordiendo ... uno ... dos, nos grabamos como se siente esa tensión en la mandíbula ... tres nos fijamos bien cómo se siente ... cuatro ... y ahora sí, cinco aflojamos completamente la mandíbula dejando que cuelgue con el peso natural de ese hueso ... sentimos como si se nos alargara tantito la cara y nos grabamos cómo se siente esa diferencia de cómo estaba hace un momento y cómo se siente ahora, flojita, relajada, bien descansada.*

*Ahora toda la cara se ha ido relajando de arriba hacia abajo y sentimos como una unidad completa toda nuestra cara, ha quedado flojita, descansada, relajada.*

*Ahora vamos a pasar lista de cómo vamos con las partes que hemos trabajado hasta ahorita. Yo voy a ir llamando a cada parte de la cara que hemos trabajado y, como si cada una de esas partes me contestara "presente" simplemente nos fijamos bien que esa parte esté completamente flojita, descansada y bien relajada.*

*Empezamos: frente ... (aproximadamente 5 segundos entre cada conteo) ... párpados (5 segs.) ... mejillas y labios ... (5 segs.) ... mandíbula (5 segs.). Muy bien, nuestra cara completa ahora se siente bien relajada, descansada sin ninguna tensión o apretón muscular. Nos grabamos bien, nos memorizamos cómo se siente la cara completamente flojita y muy agradable.*

*Vamos a revisar nuestra respiración, bien profunda ... lenta ... larga ... por el estómago ... sin esfuerzo (hacerlo tres veces, aspirando y expirando).*

*Vamos a continuar, ahora vamos a poner el cuello tenso, como si quisiéramos al mismo tiempo intentar mover la cabeza hacia los cuatro lados, hacia atrás, hacia adelante y hacia los lados, pero sin moverla, solo ponemos duros los músculos del cuello pero solo mientras cuento hasta cinco, empezamos: uno ... nuestra cara sigue flojita, solo está tenso el cuello ... dos ... nos grabamos esta sensación ... tres ... memorizamos cómo se siente ... cuatro ... y ahora sí ... cinco, aflojamos por completo el cuello.*

*Nuestro cuello ha quedado bien flojito, descansado y relajado. Se siente tan relajado que nos parece que apenas podemos sostener la cabeza vertical, nos grabamos y disfrutamos esta sensación tan clara de un cuello flojito, relajado, descansado y nuestra cabeza casi balanceándose muy ligeramente.*

*Continuamos, ahora vamos a cerrar los puños, pero sin apretarlos. El ejercicio consiste en subir los hombros, elevarlos lo más posible como si quisiéramos tocarnos con los hombros las orejas, pero solo mientras cuento hasta cinco. Empezamos, subimos esos hombros ... uno ... la cara y el cuello siguen flojitos, solo los hombros están allá arriba ... dos ... nos fijamos bien cómo se sienten los hombros tensos ... tres ... cuatro ... y ahora sí cinco, dejamos caer por completo los hombros y soltamos los puños cerrados. Nos memorizamos bien esa diferencia de hombros tensos como estaban hace un momento y cómo ahora están colgando, bien relajados y descansados y nos vamos sintiendo cada vez mejor.*

*Revisamos nuevamente nuestra respiración ... bien profunda ... lenta ... larga ... por el estómago ... sin esfuerzo (hacerlo despacio tres veces, aspirando y expirando).*

*Seguimos, ahora el ejercicio consiste simplemente en cerrar los puños sin apretarlos y pegar los codos a nuestros costados como si quisiéramos apretarnos las costillas, pero solo mientras cuento hasta cinco y memorizando bien cómo se siente ese apretón ... empezamos ... uno ... dos, duro ese apretón, pero sin dejar de respirar ... tres, nos fijamos bien cómo se siente ... cuatro ... y ahora sí, cinco. Aflojamos por completo los brazos y las manos los dejamos caer con toda naturalidad y sentimos cómo han quedado muy cómodos, colgando, relajados y descansando.*

*Otra vez, revisamos nuevamente nuestra respiración ... bien profunda ... lenta ... larga ... por el estómago... sin esfuerzo (hacerlo despacio tres veces, aspirando y expirando).*

*Continuamos, el siguiente ejercicio consiste en apretar el abdomen, es decir, meter la barriga como si nos fuéramos a probar un pantalón chiquito. Este es el único ejercicio donde respiramos por arriba, por el tórax, pero siempre lo más profundo que podamos y siempre sin dejar de*

*respirar y solo mientras cuento hasta cinco. Empezamos, metemos la barriga ... uno ... dos, nos fijamos bien cómo se siente el abdomen apretado ... tres, sin dejar de respirar ... cuatro ... y ahora sí, cinco. Aflojamos por completo la barriga y recuperamos y revisamos nuestro ritmo respiratorio memorizándonos esa diferencia de tenso a relajado.*

*Revisamos nuevamente nuestra respiración ... bien profunda ... lenta ... larga ... por la barriga ... sin esfuerzo (hacerlo despacio tres veces, aspirando y expirando).*

*Vamos a seguir, el siguiente ejercicio consiste en apretar el trasero como si quisiéramos evitar que se escapara un gas, pero solo mientras cuento hasta cinco y sin dejar de respirar como hemos aprendido. Empezamos, apretón de trasero y nos memorizamos esa sensación ... uno ... dos, notamos bien cómo se siente ... tres ... lo memorizamos ... cuatro ... y ahora sí ... cinco. Aflojamos completamente el trasero y notamos con mucha claridad cómo se siente la diferencia.*

*Ahora nos toca pasar otra lista desde arriba y hasta donde vamos, bien concentrados, yo voy nombrando cada grupo muscular y como si cada uno me fuera contestando "presente" nos aseguramos de que esos músculos estén bien relajados, completamente flojitos y descansados, empezamos... frente (5 segs.) ... párpados ... (5 segs.) ... mejillas y labios (5 segs.) ... mandíbula (5 segs.) ... cuello (5 segs.) ... hombros (5 segs.) ... brazos y manos (5 segs.) ... abdomen (5 segs.) ... respiración (5 segs.) ... trasero (5 segs.).*

*Nuestro cuerpo va quedando cada vez más relajado, más cómodo y bien descansado, nos va llenando una sensación de gran calma y comodidad, vamos sintiendo cada vez con más claridad todo nuestro cuerpo y nuestra respiración sigue muy satisfactoria, lenta, profunda, por el estómago y sin esfuerzo.*

*Continuamos, el siguiente ejercicio consiste en juntar las rodillas y apretarlas fuertemente una contra la otra como si tuviéramos una hoja de papel entre ellas y por nada del mundo queremos dejarla caer, pero solo mientras cuento hasta cinco... empezamos ... uno ... nos memorizamos esas rodillas juntas y las piernas tensas ... dos ... sin dejar de respirar ... tres ... cuatro y ahora sí, cinco. Aflojamos completamente las piernas y las rodillas y sentimos cómo retoman su postura natural con todo su peso normal sobre la silla y sobre los pies, completamente flojitas, relajadas y muy, muy cómodas.*

*Nuestro último ejercicio consiste simplemente en dejar los talones pegados al suelo y levantar solo las puntas de los pies lo más posible de modo que nuestras pantorrillas se pongan bien duras, pero solo mientras cuento hasta cinco. Empezamos, arriba esas puntas ... uno ... dos, notamos cómo se sienten esas pantorrillas duras ... tres ... cuatro ... y ahora sí, cinco, dejamos caer por completo todo el peso de las piernas nuevamente sobre la silla y sobre el suelo y nos memorizamos esa diferencia de cómo se sentían hace un momento y cómo se sienten ahora.*

*Excelente, ahora vamos a pasar una lista final desde arriba y hasta abajo, bien concentrados, disfrutando y memorizándonos cada paso con toda tranquilidad ... empezamos ... frente (5 segs.) ... párpados ... (5 segs.) ... mejillas y labios (5 segs.) ... mandíbula (5 segs.) ... cuello (5 segs.) ... hombros (5 segs.) ... brazos y manos (5 segs.) ... abdomen (5 segs.) ... respiración (5 segs.) ... trasero (5 segs.) ... piernas y rodillas (5 segs.) ... pantorrillas (5 segs.) ... pies (5 segs.).*

*Ahora **todo** nuestro cuerpo ha quedado completa y profundamente relajado, descansado, sin ninguna tensión, **toda** nuestra atención está puesta en nuestro cuerpo y no nos distrae ni nos molesta nada.*

*(Con voz un poco más pausada) Nos llena una muy clara sensación de paz, de tranquilidad y una **profunda, profunda calma**. No nos estorba nada, no nos molesta nada no nos preocupa absolutamente nada. Solo sentimos todo nuestro cuerpo como una gran unidad y nos invade esta gran tranquilidad y esta **profunda, profunda calma**.*

*Todo nuestro cuerpo ha quedado tan profundamente relajado que tenemos una ligera sensación como si flotáramos un poquito en el aire ... casi no sentimos la silla ... solo sentimos todo nuestro cuerpo completo, como una gran unidad, muy en paz y tranquilidad y nos llena una **profunda calma**.*

*Terminamos el ejercicio pasando una lista, ya final. Empezamos ... perfectamente concentrados ... frente (5 segs.) ... mejillas y labios (5 segs.) ... mandíbula (5 segs.) ... cuello (5 segs.) ... hombros (5 segs.) ... brazos y manos (5 segs.) ... abdomen (5 segs.) ... respiración (5 segs.) ... trasero (5 segs.) ... piernas y rodillas (5 segs.) ... pantorrillas (5 segs.) ... pies (5 segs.). Magnífico, bien logrado. Esta sensación general de bienestar nos va a durar cada vez más conforme repetimos nuestro ejercicio de relajación una o dos veces al día.*

*Después de las primeras dos o tres veces que hagamos este ejercicio, ya podremos **saltarnos** todas las partes que incluyen **tensión** (apretones musculares) y concentrarnos en nuestra respiración y en **pasar lista muy bien concentrados, desde la frente hasta los pies** y siempre poniendo mucha atención a nuestra respiración profunda, lenta y por el estómago.*

*Preguntar cómo se siente, si pudo seguir todas las indicaciones, si se le dificultó tensar y relajar algún grupo muscular. Preguntar además si cambió la tensión de las partes de su cuerpo que refirió antes de hacer el ejercicio y en qué medida (del 0 al 10).*

*Para que la relajación sea parte de su vida y sea un hábito debe practicarla muchas veces.*

*Cuando la relajación muscular se vuelva un hábito, identificará rápidamente en cualquier momento del día cuando esté tenso, lo cual será una señal para relajarse automáticamente.*

*Además, practicando la respiración, en los momentos en los que se sienta angustiado, tenso o ansioso la podrá realizar para reducir ese malestar.*

#### 5. Cierre y tarea semanal

*En esta sesión aprendimos dos técnicas de relajación a través de las cuales puede cambiar las sensaciones físicas, como la taquicardia, la sudoración, la tensión muscular, el temblor, etc., ayudando así a que se sienta menos ansioso o triste, lo que a su vez influirá en la bola de billar de los pensamientos y en la de las conductas, provocándole una sensación de bienestar.*

Comentar que se enviarán los materiales de repaso de la sesión: imágenes de resumen, y audio y video con las instrucciones para que realice los ejercicios de relajación. Señalar que debe continuar con el registro de los síntomas diarios. Indagar si tiene alguna pregunta o comentario y acordar el horario de la próxima sesión.

Tarea: practicar las técnicas de relajación poniendo atención a las diferencias en el grado de tensión (del 0 al 10) de su cuerpo antes y después de implementarlas.

## Módulo 2. Auto reforzamiento

### *Objetivos*

- Enseñar la relación entre los síntomas de depresión y la falta de reforzamiento.
- Entrenar en la aplicación del auto reforzamiento fomentando actividades placenteras o que implican logros.

### *Actividades*

1. Revisión de tarea.
2. Aplicar instrumentos (PHQ-9 y GAD-7).
3. Psicoeducación de la relación de los síntomas de depresión y la pérdida de reforzamiento.
4. Identificación de reforzadores y conductas que se pueden reforzar.
5. Entrenamiento en el proceso de auto reforzamiento.
6. Cierre y tarea semanal.

### *Técnicas empleadas*

- ❖ Psicoeducación.
- ❖ Auto reforzamiento.

### *Criterio de adquisición de habilidades*

- Realizar durante la semana al menos una actividad placentera y una de logro auto reforzándose.

### *Procedimiento*

1. Revisión de tarea

Comentar los auto registros de síntomas de ansiedad y tristeza, si no lo hizo preguntar la razón y realizarlo de manera retrospectiva. Indagar qué ocurrió cada día de la semana del paciente y relacionarlo con su registro de síntomas. Comentar el ejercicio de respiración diafragmática y relajación muscular profunda; pedirle que dé una explicación detallada de los pasos que siguió cuando lo practicó durante la semana y que indique del 0 al 10 su nivel de relajación antes y después, además de preguntar si hubo alguna dificultad para relajarse. Preguntar sobre la claridad de los materiales enviados, solucionar dudas o dificultades con estos y con las técnicas de relajación. Si ya no hay inquietudes con el módulo 1 y si el participante logró tener al menos un resultado relajante después de practicar las técnicas, se continúa con el módulo 2.

2. Aplicar instrumentos (PHQ-9 y GAD-7).
3. Psicoeducación de la relación de los síntomas de depresión y la pérdida de reforzamiento

*La sesión anterior trabajamos con la bola de billar de las sensaciones físicas, hoy vamos a trabajar con otra bola de billar o elemento que influye en cómo se siente usted: las conductas o las actividades que lleva a cabo. Podemos identificar ante qué situaciones, personas, lugares o actividades es más fácil que nos pongamos tristes y también podemos identificar las situaciones, personas, lugares o actividades que nos hacen sentir bien. Realizar actividades placenteras o que implican logros (aunque sean pequeños) ayuda a disminuir los síntomas de depresión. Cuando una persona se siente triste, normalmente no tiene ganas de hacer nada, si se queda sin hacer nada, esto provocará aún más tristeza. Por eso, aunque en un principio no tengamos ganas de hacer nada, hacer cosas que nos gustan o que representan logros, nos ayudará a sentirnos mejor.*

4. Identificar reforzadores y conductas que se pueden reforzar

*Algunos ejemplos de actividades placenteras o que implican logros son los siguientes:*

- 1. Salir a divertirse o visitar a algún familiar o amigo*
- 2. Hacer actividad física*
- 3. Divertirse en casa (pasatiempos)*
- 4. Cooperar con alguien en una tarea común*
- 5. Iniciar una conversación*
- 6. Hacer cumplidos o felicitar a alguien*
- 7. Mostrar afecto físico*
- 8. Reparar algo que no funcionaba en la casa*
- 9. Realizar algún pendiente que habíamos dejado por mucho tiempo*

*¿Cuál de las conductas anteriores cree que le ayuda a usted a sentirme menos triste?, ¿hay alguna otra actividad que agregaría usted a la lista?*

*También puede pasar que sí realizamos conductas que implican logros en nuestra vida cotidiana, pero que no somos reforzados o premiados cuando hacemos estas cosas difíciles, no se reconoce nuestro esfuerzo y trabajo, lo cual nos lleva a sentirnos tristes. La solución a esta falta de reforzamiento no es dejar de hacer las cosas, si no premiarnos a nosotros mismos por hacerlas, es decir, auto reforzarnos*

*¿Qué conductas difíciles realiza y no son reconocidas ni premiadas por los demás?, ¿cómo se puede premiar por hacer esas cosas?*

*Los premios son consecuencias positivas o gratificantes que se dan inmediatamente después de hacer algo; se escogen previamente y pueden ser:*

- Auto verbalizaciones positivas como una felicitación por lo que hemos hecho: 1. Me gusta la gente 2. Me siento bien 3. Le gusto a la gente 4. Me agradó hacer... 5. Soy una buena*

persona... 6. Tengo un buen auto control 7. Tengo consideración con los demás 9. He trabajado bastante y ahora me ocupo también de divertirme.

- Darnos algo material que nos agrada mucho.

*Los premios se dan inmediatamente después de realizar las conductas y solo ante las conductas seleccionadas, no ante ninguna otra.*

#### 5. Entrenar en el proceso de auto reforzamiento

*El proceso para auto reforzarnos por nuestras conductas o logros tiene dos partes: aprender a reconocer nuestros logros y aprender a premiarlos. Vamos a practicarlo con los siguientes ejercicios:*

- Ejercicio “me siento orgulloso de...”

Pedir al paciente que hable sobre dos de los logros más importantes en el trayecto de su vida, preguntarle si cree que esos logros fueron por casualidad o trabajó duro para conseguirlos, quiénes de las personas cercanas a él conocen esos logros, si le gusta hablar de ellos, qué emociones tiene al reconocerlos y cuáles son las razones por las que a veces no habla de ellos.

*Entre las razones por las que no hablamos de nuestros logros destaca que nuestro ambiente nos enseña a ser modestos para no ser presumidos. Lo que nos enseñan es una auto exigencia exagerada con la que somos incapaces de reconocer nuestros logros. Además de reconocer nuestros logros, nos hace bien aprender a premiarnos por ellos. En el siguiente ejercicio practicaremos esta habilidad de auto premiarnos ante los logros.*

- Ejercicio “me auto refuerzo por...”

Pedir al paciente que dé un ejemplo de conducta a reforzar y de un reforzador o premio que pueda implementar durante la semana. Posteriormente, se le pide que cierre los ojos y que imagine que está realizando la conducta difícil y que después se otorga a sí mismo el reforzador, acto seguido se le pide que detecte cómo se siente, si experimenta orgullo o alguna emoción agradable. Después se le pide que abra los ojos y que analice las razones por las que tendemos a no premiarnos a nosotros mismos ante nuestros logros y la importancia que tiene reforzarnos a nosotros mismos cuando hacemos bien las cosas.

*Generalmente aprendemos a auto rechazarnos por haber fracasado, pero no aprendemos a auto reforzarnos o al menos a elogiarnos cuando logramos algo, por insignificante que sea. Es necesario practicar esta habilidad de auto reforzamiento para poder sentirnos valiosos cuando hacemos cosas difíciles. Esto previene y alivia la tristeza.*

6. Cierre y tarea semanal.

Pensar con el paciente dos actividades agradables y dos de logro (aunque sean pequeños) con el auto reforzador que se dará durante la semana.

Comentar que se enviará material de repaso de la sesión: imagen de resumen. Señalar que se debe continuar con el registro de los síntomas diarios.

Tarea: llevar a cabo las dos actividades placenteras y las dos que implican logros, auto premiándolas y registrar los cambios emocionales. Mencionar que es importante continuar practicando los ejercicios de relajación.

## Módulo 3. Identificación de pensamientos automáticos y su modificación

*Nota. Este módulo deberá distribuirse en dos sesiones*

### **Objetivos**

- Enseñar la relación entre los síntomas de depresión y ansiedad y los pensamientos automáticos.
- Entrenar en la identificación de los pensamientos irracionales automáticos y el uso del modelo ABC.
- Entrenar en la modificación de los pensamientos irracionales automáticos a través del análisis de la evidencia y la generación de pensamientos alternativos.

### **Actividades**

1. Revisión de tarea.
2. Psicoeducación de modelo ABC y el papel de los pensamientos automáticos en el estado de ánimo.
3. Entrenar en la identificación de los pensamientos automáticos relacionados con sus síntomas de depresión y/o de ansiedad.
4. Entrenar en la generación de pensamientos alternativos a los pensamientos automáticos.
5. Cierre y tarea semanal.

### **Técnicas empleadas**

- ❖ Psicoeducación.
- ❖ Modelo ABC.

### **Criterio de adquisición de habilidades**

El participante logra identificar al menos un pensamiento automático que tuvo durante la semana y genera un pensamiento alternativo.

### **Procedimiento**

1. Revisión de tarea

Comentar los auto registros de síntomas de ansiedad y tristeza, así como la práctica durante la semana de los ejercicios de relajación y de auto reforzamiento; resolver dudas y problemas que se hayan presentado durante su ejecución. Recordar necesidad de la práctica. *Es necesario que siga practicando el auto premiarse, hacer cosas placenteras, relajarse y respirar profundamente todos los días. La práctica hace al maestro. Recuerde que para lograr hacer un hábito necesitamos practicar muchas veces lo que aprendemos. Lo deseable es que diariamente practique todo lo que aprende en nuestras llamadas. En esa medida se sentirá mejor y tendrá las habilidades necesarias para controlar sus emociones desagradables.* Si ya no hay inquietudes con el módulo 2 y si el

participante realizó durante la semana al menos una actividad placentera y una de logro auto reforzándose, se continúa con el módulo 3.

## 2. Psicoeducación del modelo ABC y el papel de los pensamientos automáticos en el estado de ánimo

*Otra habilidad para disminuir las emociones desagradables como la tristeza y la ansiedad es el control del pensamiento. El pensamiento es otra bola de billar que influye en qué emociones experimentamos.*

*Muchas veces pensamos que son las cosas que nos pasan las que nos hacen sentir mal (tristeza o angustia), pero no es así. La mayoría de las veces las emociones intensas y desagradables son ocasionadas por lo que pensamos e interpretamos, más que por lo que nos sucede realmente.*

*Los pensamientos son cosas que nos decimos a nosotros mismos, pueden ayudarnos o dañarnos; tienen el poder de afectar nuestro cuerpo, nuestro estado de ánimo y nuestra conducta. Podemos cambiar nuestros pensamientos y utilizarlos para sentirnos mejor. Somos responsables de lo que pensamos, por eso es importante escoger bien lo que nos decimos a nosotros mismos. Vamos a poner un ejemplo:*

*Estoy esperando en casa a que pase una amiga a recogerme, pero no llega; quedó de llegar a las 5:00pm y son 5:30pm. En esta situación algunas personas sentirán angustia, ansiedad o tristeza y otras se sentirán tranquilas, lo cual depende de lo que piensan (de lo que interpretan). Aquellas que se sienten ansiosas, piensan “seguramente le pasó algo, un accidente o algo y por eso no llega, no sé qué hacer”; las personas que se sienten tristes podrían pensar “seguro ya no me quiere y no le importo, a lo mejor quiere que entienda que no quiere que vaya con ella porque no se la pasa bien conmigo, se avergüenza de mí, soy un tonto por haber creído que quería ir conmigo”; finalmente, aquellos que se sienten tranquilos, piensan “seguramente ya falta poco para que llegue mi amiga, en lo que llega puedo hacer algo atrasado o descansar”.*

*Ahora es su turno, deme un ejemplo de una situación en la que se haya sentido triste o angustiado (identificar A y C). Cierre los ojos e imagine que está en esa situación, sintiendo esa emoción desagradable, ahora detecte qué está pensando, qué ideas pasan por su cabeza, cómo interpreta lo que sucede. Son los pensamientos los que determinan en gran medida cómo nos sentimos, intensifican las emociones; no es la situación sola la que nos hace sentir mal. Las emociones desagradables se pueden controlar a través de los pensamientos. Si en lugar de pensar (decir el ejemplo), pensáramos (dar una opción de pensamiento lógico), nos sentiríamos (dar una emoción de tristeza o miedo manejable, o mencionar incluso un ejemplo de tranquilidad o alegría).*

## 3. Entrenar en la identificación de los pensamientos automáticos relacionados con sus síntomas de depresión y/o de ansiedad

*Los pensamientos irracionales son pensamientos negativos y automáticos que ocasionan emociones intensas y desagradables. Son irracionales porque son ilógicos, absurdos, pero creemos que son ciertos. Podemos distinguirlos porque son rígidos; empleamos las palabras “debo, debería, tengo que..., tendría, siempre, nunca, horrible, espantoso, terrible, bueno, malo”, a diferencia de palabras lógicas, racionales: “quiero, prefiero, sería deseable”.*

*Le voy a mencionar los pensamientos irracionales más frecuentes de la depresión y la ansiedad, mientras yo los menciono, usted trate de detectar cuáles de esos pensamientos se han presentado o se presentan en su vida diaria.*

*Depresión:*

*Pensamientos negativos sobre nosotros mismos “soy un inútil”, “no soy bueno” (autocrítica); acerca del mundo “todas las personas son desagradables”; acerca del futuro (desesperanza) “no seré bueno”, “la regaré en todo”, “nunca mejoraré”. Dejar de pensar así, alivia los sentimientos de tristeza.*

*Ansiedad:*

*La ansiedad se acompaña de la percepción de que estamos en peligro o vulnerables. Los pensamientos de ansiedad se orientan hacia el futuro y predicen peligro o catástrofes. Empiezan con “y si...” y finalizan con resultados de desastre e incluyen imágenes de peligro.*

*¿Cómo identificamos y modificamos estos pensamientos automáticos? Debemos estar alerta, estos pensamientos generalmente pasan rápidamente por nuestra cabeza, ya los tenemos muy aprendidos y son un hábito, son automáticos. Para modificarlos y controlar las emociones desagradables primero tenemos que detectarlos, darnos cuenta de qué pensamos cuando nos sentimos mal. Identificar la situación, la consecuencia que es la emoción, así como su intensidad del 0 al 10 y el pensamiento. Hay preguntas que nos ayudan a identificar las situaciones, emociones y pensamientos. Para las situaciones ayuda preguntarnos: ¿qué pasó?, ¿dónde fue?, ¿cuándo fue?, ¿con quién estaba? Para detectar las emociones, pregúntese: ¿qué sentí? Para identificar el pensamiento automático: ¿qué pasaba por mi cabeza? Pedir que dé un ejemplo.*

4. Entrenar en la generación de pensamientos alternativos a los pensamientos automáticos (este paso se realizará en una segunda sesión)

*Una vez que se identificaron los pensamientos automáticos, el siguiente paso es modificarlos. Primero, se analizan las cosas que apoyan ese pensamiento y las cosas en contra de ese pensamiento, es como si se tuviera un debate con uno mismo, pensamos en qué cosas demuestran que ese pensamiento es verdadero y qué cosas demuestran que es falso. Podemos hacernos una pregunta para detectar evidencia a favor del pensamiento: ¿qué cosas reales apoyan lo que pienso? Por otra parte, algunas cuantas preguntas para identificar la evidencia en contra podrían ser: ¿he tenido alguna experiencia que muestre que este pensamiento no siempre es cierto?; ¿hay*

*algo que contradiga mis pensamientos?; si mi mejor amiga, hijo o esposo tuviera este pensamiento, ¿qué le diría?*

*Ahora que ya se identificó que el pensamiento es falso (irracional), o bien, que no es un pensamiento completamente verdadero, se generan pensamientos alternativos, que sean racionales, verdaderos, y se vuelve a valorar el estado emocional en el que uno se encuentra. En este paso ayuda preguntarse: ¿hay alguna forma diferente de pensar sobre esta situación?, ¿qué siento ahora que pienso de forma distinta?, ¿con qué intensidades del 0 al 10?*

*El pensamiento racional (verdadero) nos conduce a emociones menos desagradables que el pensamiento irracional. Pensar racionalmente no quita por completo las emociones desagradables, pero sí las convierte en emocionales manejables que no incomodan demasiado; las emociones pueden cambiar o bajar de intensidad.*

*¿Cuáles son las ventajas de un pensamiento racional, lógico? (sentirse bien, experimentar una emoción desagradable con menos intensidad, que la emoción se vuelva manejable y tolerable).*

#### 5. Cierre y tarea semanal

Comentar que se enviarán materiales de repaso de la sesión: imagen de identificación de pensamientos automáticos (modelo ABC) e imagen con tabla para la modificación de pensamientos.

Tarea:

- Sesión 1: identificar al menos un pensamiento automático que tuvo durante la semana relacionado con sus síntomas de ansiedad y tristeza.
- Sesión 2: generar un pensamiento alternativo para los pensamientos automáticos que tuvo en la semana.

Recordar que además de este nuevo ejercicio de identificación y modificación de pensamientos, debe continuar practicando el auto reforzamiento, hacer actividades placenteras, la relajación y la respiración profunda. Señalar que se debe continuar con el registro de los síntomas diarios.

## Módulo 4. Afrontando los problemas

### **Objetivos**

- Entrenar en el modelo de solución de problemas (MSP) para que sea adoptado y empleado por el paciente para enfrentar las dificultades durante su recuperación (durante el cuidado de su paciente en el caso de los CPI).

### **Actividades**

1. Revisión de tarea.
2. Psicoeducación sobre el modelo de solución de problemas.
3. Entrenamiento en el uso del modelo de solución de problemas para dificultades de la vida del participante.
4. Cierre y tarea semanal.

### **Técnicas empleadas**

- ❖ Psicoeducación.
- ❖ Modelo de solución de problemas.

### **Criterio de adquisición de habilidades**

- El participante desarrolla los pasos del MSP hasta llegar a la solución con mayores ventajas y menos desventajas y lo implementa con resultados favorables.

### **Procedimiento**

1. Revisión de tarea

Comentar los auto registros de síntomas de ansiedad y tristeza, así como la práctica durante la semana de los ejercicios de relajación, auto reforzamiento e identificación y modificación de pensamientos automáticos; resolver dudas y problemas que se hayan presentado durante su ejecución. Recordar necesidad de la práctica. Si ya no hay inquietudes con el módulo 3 y si el participante identificó al menos un pensamiento automático durante la semana y generó un pensamiento alternativo, se continúa con el módulo 4.

2. Psicoeducación sobre el modelo de solución de problemas

*En las sesiones anteriores hemos trabajado con las bolas de billar de las sensaciones físicas, las conductas o actividades y los pensamientos que influyen una sobre otra y finalmente repercuten en la bola de billar de nuestras emociones, hemos aprendido maneras de mejorar cada una de ellas; sin embargo, en ocasiones nos enfrentamos a situaciones que parece difícil controlar o cambiar. Hoy vamos a aprender una estrategia efectiva para hacer frente a esos problemas, esta técnica junto con todas las que hemos aprendido nos ayudará a afrontar mejor las situaciones y a mejorar nuestro estado de ánimo.*

*Empecemos definiendo un problema como una situación que requiere una respuesta adaptativa y que debido a la existencia de obstáculos no encontramos una respuesta efectiva y rápida. Una solución por otro lado, es una respuesta de afrontamiento en la que queremos que las consecuencias positivas sean muchas y las consecuencias negativas sean pocas o que no haya. Si desarrollamos habilidades de solución de problemas, podremos afrontar diversas situaciones sin experimentar tristeza o ansiedad.*

3. Entrenamiento en el uso del modelo de solución de problemas para dificultades de la vida del participante

*La solución de un problema tiene cinco pasos:*

1. *Primero explicamos el problema, para lo que podemos ayudarnos respondiendo las preguntas: ¿qué pasa?, ¿dónde?, ¿cuándo?, ¿con quién?*
2. *Buscamos soluciones. Se trata de contemplar la mayor cantidad de alternativas que tenemos para resolver el problema, entre más opciones, mejor, entre más variadas, mejor; no juzgamos si parecen tontas o inalcanzables, las proponemos.*
3. *Analizar las soluciones y elegir la mejor. Aquí pensamos en las ventajas o beneficios y desventajas o costos de cada una de las soluciones anteriores. Consideramos su viabilidad, riesgos, consecuencias a corto y largo plazo, así como el bienestar personal e interpersonal que tendremos con cada una.*
4. *Llevar a la práctica la solución elegida.*
5. *Revisar el resultado. Se responden las preguntas: ¿tuve el resultado deseado?, ¿cómo me siento?, ¿hay algo que podría hacer diferente para tener un mejor resultado? En caso de no tener éxito, analizamos por qué y volvemos a los pasos anteriores y elegimos otra alternativa.*

Al mismo tiempo que se explican los pasos, se pide al paciente que dé un ejemplo de un problema y cómo lo resolvería siguiendo el MSP.

4. Cierre y tarea semanal

Comentar que se enviará material de repaso de la sesión: imagen de resumen del MSP

Tarea: Utilizar el MSP para resolver algún problema que se le presente durante la semana. Recordar que además debe practicar las técnicas de identificación y modificación de pensamientos, el auto reforzamiento, hacer actividades placenteras, la relajación y la respiración profunda. Señalar que se debe continuar con el registro de los síntomas diarios.

## Módulo 5. Prevención de recaídas

### **Objetivos**

- Resumir las técnicas trabajadas durante la intervención.
- Mostrar las medidas de acción en caso de volver a presentar síntomas de ansiedad y/o depresión y enfatizar la importancia de la práctica.
- Concluir el tratamiento solucionando posibles dudas y pidiendo retroalimentación sobre la intervención a los participantes.

### **Actividades**

1. Revisión de tarea.
2. Aplicar instrumentos (PHQ-9 y GAD-7).
3. Resumen de la intervención y prevención de recaídas con formulación de plan de acción.
4. Aplicación de cuestionario de satisfacción con la intervención.
5. Cierre y acordar horario de seguimiento.

### **Técnicas empleadas**

- ❖ Psicoeducación.
- ❖ Modelo de solución de problemas.

### **Procedimiento**

1. Revisión de tarea

Comentar los auto registros de síntomas de ansiedad y tristeza, así como la práctica durante la semana de los ejercicios de relajación, auto reforzamiento, identificación y modificación de pensamientos automáticos y solución de problemas; resolver dudas y problemas que se hayan presentado durante su ejecución. Recordar necesidad de la práctica. Si ya no hay inquietudes con el módulo 4 y si el participante desarrolló los pasos del MSP para resolver un problema hasta llegar a la solución con mayores ventajas y menos desventajas, implementándolo con resultados favorables, se pasa al módulo 5.

2. Aplicar instrumentos (PHQ-9 y GAD-7).

3. Resumen de la intervención y prevención de recaídas con formulación de plan de acción  
*Hemos trabajado a lo largo de las sesiones con técnicas que nos ayudan a mejorar cada uno de los elementos que influyen en nuestras emociones: las sensaciones físicas, con las técnicas de relajación (respiración diafragmática y relajación muscular progresiva profunda); las conductas, al realizar actividades que nos agradan o que representan logros y premiando esos logros; los pensamientos, a través de la identificación de los automáticos y la modificación de estos por unos más racionales; la solución de problemas, a través de la explicación del problema, la propuesta de soluciones, el análisis de sus ventajas y desventajas, la elección de la mejor solución y su*

*implementación analizando los resultados. Como decíamos en un inicio, todos estos elementos, como bolas de billar, se influyen uno a otro, para finalmente hacernos sentir de determinada manera, ¿tiene alguna duda con alguna de estas técnicas o algún comentario sobre ellas?*

*Ahora ya sabe cómo actuar frente a los síntomas de ansiedad y depresión. Sin embargo, podrían presentarse situaciones en su vida que lo orillen a volver a experimentar los síntomas que usted tenía en un inicio de la intervención, es decir, podría tener una recaída, ¿cuáles serían las situaciones ante las cuales usted se pudiera sentir nuevamente mal?*

*Lo importante es prever que puede ocurrir y generar un plan para actuar. Vamos a analizar cuál podría ser la mejor solución para este problema que me comenta utilizando el modelo de solución de problemas. En esta parte, el terapeuta desarrolla junto con el paciente los cinco pasos del modelo de solución de problemas vistos en el módulo 4 para establecer un plan de acción para cada una de las situaciones problema que identificó el paciente; en el paso de propuesta de soluciones, el terapeuta recuerda al paciente el uso de las técnicas revisadas durante los módulos anteriores, con el fin de que sean consideradas en la solución del problema.*

*Si se le presenta algún otro problema diferente a los que hemos analizado, recuerde utilizar el modelo de solución de problemas para encontrar la mejor solución. Si llevó a cabo los pasos del modelo de solución de problemas y no ha encontrado solución al problema que se le presentó, y si ya no le funciona emplear las técnicas que revisamos para disminuir sus síntomas de ansiedad o de depresión, será importante buscar atención psicológica nuevamente.*

#### 4. Aplicación de cuestionario de satisfacción con la intervención

Se indaga si el paciente utiliza cada una de las técnicas vistas en la intervención, si planea utilizarlas en un futuro y qué tan útil le parece cada una de ellas. Lo anterior en una escala del 0 al 10, en donde 0 es nada útil y 10 es muy útil.

#### 5. Cierre y acordar horario de seguimiento

Se reconoce el esfuerzo que el paciente ha demostrado en cada sesión y se alienta a continuar practicando las técnicas en su vida diaria. Se acuerda el horario en el que se hará el seguimiento posterior a un mes.

## Módulo 6 (extra). Higiene del sueño

### **Objetivos**

- Entrenar en higiene del sueño para mejorar los hábitos de sueño del participante.

### **Actividades**

1. Revisión de tarea.
2. Psicoeducación sobre higiene del sueño y sobre la relación de los problemas de sueño con los síntomas de ansiedad y depresión.
3. Planeación de rutina de sueño.
4. Cierre y tarea semanal.

### **Técnicas empleadas**

- ❖ Psicoeducación.
- ❖ Higiene del sueño.

### **Criterio de adquisición de habilidades**

El participante indica que logró crear una rutina a la hora de dormir que le permite conciliar y mejorar su sueño.

### **Procedimiento**

1. Revisión de tarea. Dependerá del módulo que se aplicó anteriormente.
2. Psicoeducación sobre higiene del sueño y sobre la relación de los problemas de sueño con los síntomas de ansiedad y depresión

*Los problemas para dormir los podemos experimentar de diferentes formas: puede significar que no se duerme por suficiente tiempo o que la calidad de sueño no es buena. El insomnio, que es cuando dormimos poco, puede deberse a que nos cuesta trabajo conciliar el sueño, que despertamos durante la noche, o despertamos demasiado temprano por la mañana. En cambio, el hipersomnio es cuando dormimos demasiado y durante el día nos sentimos somnolientos.*

*Los problemas para dormir pueden ser causados por factores médicos (dolor, problemas con la respiración, piernas inquietas, temblores), por el consumo de sustancias (cafeína, nicotina, alcohol, uso prolongado de medicamentos para conciliar el sueño), por problemas psicológicos (síntomas de depresión y ansiedad), por elementos ambientales (eventos estresantes, ruidos, lugares incómodos para dormir), por conductas o actividades que interrumpen la rutina para dormir (tomar muchos líquidos antes de acostarse, leer libros emocionantes, mirar programas de terror/miedo), por factores cognitivos (pensamientos como creencias falsas acerca de cuántas horas se necesita dormir, o preocuparse por no estar durmiendo lo suficiente).*

*Cuando no se duerme lo suficiente, puede haber problemas como dificultad para funcionar durante el día, cansancio emocional, inquietud, problemas de atención, memoria y exacerbación de los síntomas de ansiedad y depresión. Algunos medicamentos y procedimientos utilizados para tratar condiciones médicas, pueden provocar los problemas de sueño, la hospitalización prolongada también puede ser un factor que afecte al sueño.*

### 3. Planeación de rutina de sueño

Indagar las actividades que realiza el paciente antes de dormir, así como las consecuencias de sus dificultades para dormir *¿Cómo se prepara para irse a dormir?, ¿tiene alguna rutina?; ¿qué cosas hace que le dificultan conciliar el sueño?; ¿cómo se ve afectada su vida debido a sus problemas para dormir?; ¿cómo reacciona cuando no puede dormir?; si no durmió bien la noche anterior, ¿qué piensa, hace y siente al siguiente día?*

*Vamos a revisar algunas reglas que le ayudarán a desarrollar un ritmo de sueño constante, con el tiempo, esto le ayudará a conciliar el sueño a la misma hora; además, evitar costumbres que interfieren con el sueño y le ayudará a acostumbrarse a hacer cosas que mejoren su sueño.*

- 1. No se acueste hasta que esté somnoliento.*
- 2. Cada mañana, despierte a la misma hora aproximada, incluyendo los fines de semana.*
- 3. No tome siestas (si las toma, deberán ser de máximo 20 minutos).*
- 4. No tome alcohol durante las últimas dos horas antes de acostarse.*
- 5. Al menos 6 horas antes de acostarse, no tome ni coma nada que contenga cafeína, chocolate, alimentos con mucha azúcar, té o refresco. Evite tomar muchos líquidos y evite los medicamentos vendidos sin receta para resfriados o para el dolor.*
- 6. Si se despierta durante la noche no coma porque puede ser que se acostumbre a despertarse regularmente a esa hora porque tiene hambre.*
- 7. No fume por varias horas antes de acostarse.*
- 8. Haga ejercicio regularmente, pero nunca después de las 6pm.*
- 9. Asegure que el ambiente en el que duerme sea lo más cómodo posible: use tapones para los oídos, pida a los demás que no hagan mucho ruido, asegúrese que la temperatura del ambiente sea cómoda, cierre bien las cortinas para evitar luz y escuche música suave si eso le ayuda.*
- 10. Recuerde tomar sus medicamentos. Si cree que estos le afectan, consulte con su médico.*

*Es posible hacer cambios en nuestras costumbres relacionadas a la forma en la que dormimos y una buena rutina puede ayudarle a dormir mejor y mejorar su estado de ánimo. Con base en las recomendaciones anteriores planear una rutina con el paciente que considere que podrá cumplir durante la semana.*

#### 4. Cierre y tarea semanal

Comentar que se enviará material de repaso de la sesión: imagen de higiene del sueño.

Tarea: Llevar a cabo la rutina de sueño planeada durante la sesión.

## Anexo 6. Cuestionario del uso y percepción de utilidad de las técnicas



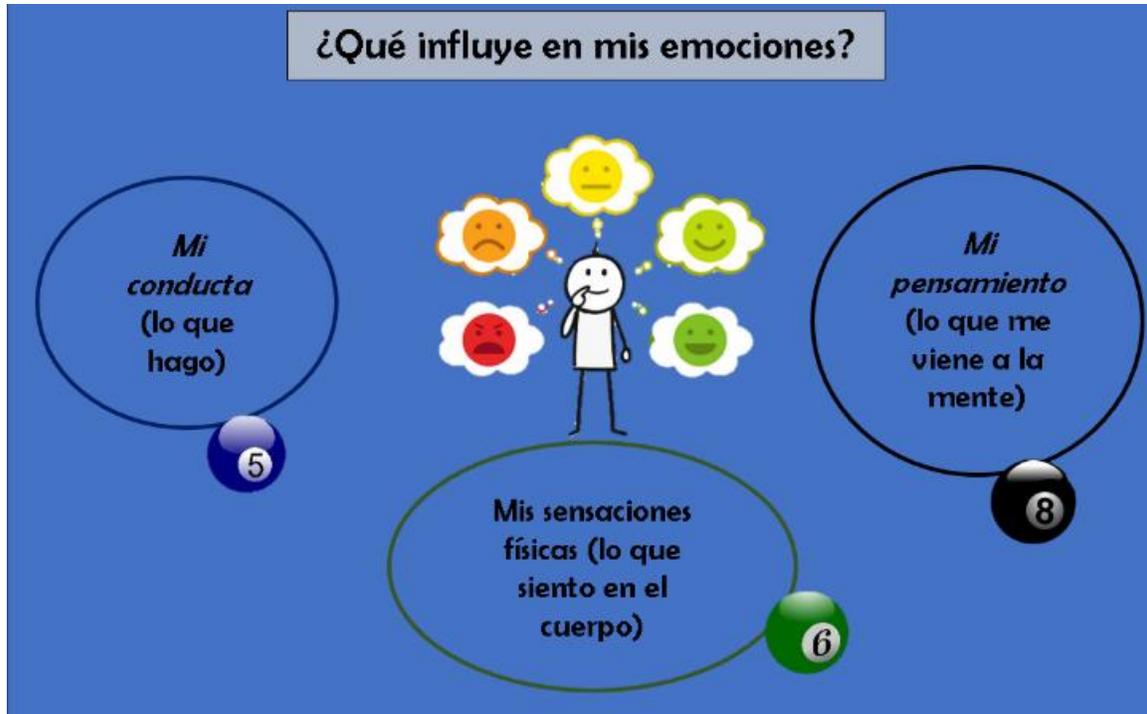
### Intervención cognitivo conductual a distancia para pacientes recuperados de COVID-19 que cursaron con lesión renal aguda y sus cuidadores



<b>Técnica</b>	<b>¿Utiliza esta técnica?</b>	<b>¿Qué tan útil le ha sido (0-10)?</b>	<b>¿Cree que la volverá a usar?</b>
Respiración diafragmática			
Relajación muscular progresiva			
Detección de pensamientos automáticos y modificación			
Auto reforzamiento			
Higiene del sueño			
Técnica de solución de problemas			

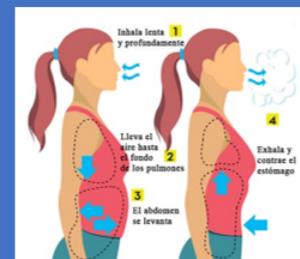
## Anexo 7. Plantillas utilizadas en la intervención psicológica

### Módulo 1. Relajación



### Cuerpo y mente relajados en minutos con la respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva

- ✓ Útiles para disminuir los síntomas de ansiedad
- ✓ Con la respiración diafragmática puede respirar profundamente, como los bebés
- ✓ En la relajación muscular progresiva se tensan (aprietan) y se relajan los músculos del cuerpo, de pies a cabeza
- ✓ Es importante practicar las técnicas todos los días para que después se pueda relajar en unos cuantos minutos



## Módulo 2. Auto reforzamiento

### Auto reforzamiento: Un auto premio bien merecido

*El auto reforzamiento significa darse a sí mismo un premio después de hacer alguna actividad difícil.*

- Se debe seleccionar el premio que se dará antes de realizar la actividad difícil.
- Se debe dar el premio inmediatamente después de hacer la actividad difícil y sólo se dará ante esa actividad y no ante ninguna otra.
- ¿Qué premios puede darse? Puede decirse a sí mismo cosas agradables o darse algo material que le agrade mucho.



## Módulo 3. Identificación de pensamientos automáticos y su modificación

### Identificando mis pensamientos automáticos



Situación <b>A</b> 	Pensamientos automáticos <b>B</b> 	Emociones <b>C</b> 	Pruebas que apoyan el pensamiento <b>D</b> 	Pruebas que no apoyan el pensamiento automático <b>E</b> 	Pensamientos nuevos <b>F</b> 	Emociones nuevas <b>G</b> 
¿Qué pasó? ¿Dónde fue? ¿Cuándo fue? ¿Con quién estaba?	¿Qué pasaba por mi cabeza?	¿Qué sentí?  ¿Con qué intensidad del 0 al 10?	¿Qué cosas reales apoyan lo que pienso?	¿He tenido alguna experiencia que muestre que este pensamiento no siempre es cierto?  Si mi mejor amiga, hijo o esposo tuviera este pensamiento, ¿qué le diría?  Si mi mejor amiga, hijo o esposo supiera que tengo este pensamiento, ¿qué me diría?  ¿Hay algo que contradiga mis pensamientos?  ¿Tengo virtudes o cualidades que no estoy tomando en cuenta? ¿cuáles son? ¿cómo podrían ayudarme?  ¿Ya he estado antes en una situación como esta? ¿qué he aprendido de experiencias anteriores que me ayuden a ver diferente esta situación?  ¿Estoy culpándome a mí mismo por algo de lo que no tengo control?  ¿Estoy anticipando cosas que es probable que no sucedan?  ¿Qué es lo que pienso de esta situación cuando no me siento mal?	¿Hay alguna forma diferente de pensar sobre esta situación?	¿Qué siento ahora que pienso de forma distinta?  ¿Con qué intensidad del 0 al 10?

## Módulo 4 y 5. Afrontando los problemas y prevención de recaídas



## Módulo 6 (extra). Higiene del sueño



### Higiene del Sueño

-  • No vaya a la cama sin sueño 
  - Levántese y acuéstese siempre a la misma hora
-  • Si toma siestas, deberán ser de máximo 20 minutos
- Al menos 6 horas antes de acostarse, no tome ni coma nada que contenga cafeína, alimentos con mucha azúcar, té, refresco, alcohol, tabaco, medicamentos vendidos sin receta   

-  • Si lleva 20 minutos en la cama sin poder dormir, levántese
- Haga ejercicio regularmente, pero nunca después de las 6pm 
-  • Recuerde tomar sus medicamentos. Si cree que estos le afectan, consulte con su médico
- Asegure que el ambiente en el que duerme sea lo más cómodo posible: use tapones para los oídos, pida a los demás que no hagan mucho ruido, asegúrese que la temperatura del ambiente sea cómoda, evite la luz, mantenga lejos su celular, escuche música suave si eso le ayuda 