

**DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL  
PARA PACIENTES ADULTOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN  
TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN LA FUNDACIÓN RENAL DE  
COLOMBIA DEL DISTRITO DE SANTA MARTA, COLOMBIA**

**DESIGN OF A COGNITIVE BEHAVIORAL INTERVENTION PROGRAM FOR  
ADULT PATIENTS WITH CHRONIC RENAL FAILURE IN A HEMODIALYSIS  
TREATMENT AT COLOMBIAN RENAL FOUNDATION OF THE SANTA MARTA  
DISTRICT**



**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
SANTA MARTA, 2010**

**DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL  
PARA PACIENTES ADULTOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN  
TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN LA FUNDACIÓN RENAL DE  
COLOMBIA DEL DISTRITO DE SANTA MARTA, COLOMBIA**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE  
PSICÓLOGOS**

**CARLOS ANDRÉS CANTILLO JIMÉNEZ  
DINELLYS MILAGRO CASTRILLO LURÁN  
REBECA ALEJANDRA CORRO MIRANDA**

**MARLEYN SERRANO RAMÍREZ, MA.  
DIRECTORA**



**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
SANTA MARTA, 2010**

**NOTA DE ACEPTACIÓN**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Firma del Presidente Del Jurado**

---

**Firma del Jurado**

---

**Firma del Jurado**

**Santa Marta, 28 de Julio de 2010**

## AGRADECIMIENTOS

A **Marleyn Serrano Ramírez**, Psicólogo, Magister en Psicología y Filosofía, docente de Post-grado Universidad del Norte (Barranquilla, Atlántico), por su apoyo como directora de la investigación.

A **Liliana Quintero Ramírez**, Psicólogo, docente de la Universidad del Magdalena, por su colaboración en el proceso estadístico de la investigación.

A **Fernando Robert Ferrel** y **Angélica Peña Cabarcas**, Psicólogos, docentes de la Universidad del Magdalena, por su aporte como jurados expertos en el proceso de evaluación de la investigación.

A los **pacientes participantes en la investigación pertenecientes a la Fundación Renal de Colombia de la ciudad de Santa Marta; y en especial a la Psicóloga Angelica Ovalle Cano y el Señor** por permitir el desarrollo de la investigación.

Gracias...

A mi Padre **Dios** todo poderoso por darme el valor de seguir adelante con mi vida, con su fe que me ha hecho fuerte y valiente.

A mis **Padres Carmen María y Manuel** que siempre han creído en mí... simplemente gracias, son mi adoración.

A ti mi alma gemela **Tavo** que amo como a mi propia vida, aunque peleemos mucho, pero tú lo sabes más que nadie.

A ti **Mamá**, abuela y también segunda madre... te quiero y te adoro porque has sido en estos últimos años mi gran apoyo personal y académico.

A mi **Mariposa Lorena**, te has convertido en la mejor parte de mí... gracias por tu apoyo incondicional, tu compañía, tus buenos deseos y sobre todo tu paciencia para aguantarme... te amo.

A mis verdaderos amigos **Luis Fernando, Dine, Rebe, Dairo, Vanessa y Johana** quienes me han visto crecer como persona, profesional y amigo. Gracias por ser como son conmigo, este triunfo también es de ustedes.

Carlos Andrés

A **Dios**, quien me otorgó la oportunidad de mantener la fortaleza y valentía para luchar; con su bendición perseguí mi sueño con la esperanza de batallar sin desfallecer. Gracias Señor, por el privilegio de compartir grandes experiencias con quien fue mi maestra al dejarme enseñanzas inmensurables de amor y carácter; junto a ti, se que hoy celebra conmigo éste triunfo que es de ella también, mi tía **Marce** Q.E.P.D.

A mi **Nami Nancy**; al sacrificarse por recorrer junto a mi cada etapa que he culminado gracias a su empeño, haciendo posible edificar este sendero, que a pesar de ser escarpado, tenía el bálsamo para restañar las heridas y con toda la siembra de valores plantara un nuevo espíritu anhelante. Gracias. Te amo.

A mi tío, colega y casi papá, **Iván**, por enseñarme a reconocer la calidad humana de cada individuo, el poder de una palabra de apoyo y carácter para reconstruir un futuro de grandezas sin importar los obstáculos que hay a nuestro paso, pues el único límite es uno mismo. Gracias.

Agradezco a mi primo **Carlos**, por su apoyo, los valiosos consejos llenos de sabiduría y lo más importante cargados de la fe que Dios ha impregnado sobre su corazón.

A mis amigos por acompañarme en ésta apasionante aventura, por compartir unidos alegrías y tristezas, porque siempre alcanzamos la cima con orgullo y descubrimos que la amistad es más que complicidad, lágrimas y sonrisas, es para mí un honor reconocer que nuestra amistad es la dicha que me dio la vida de saber que si tengo hermanos. Gracias **Aura, Rebe, Dairo, Carle y Tavito**.

A **Manuel Julián**: En la sonrisa se revela la inocencia del amor y en las lágrimas la sensibilidad profunda de la creación.

Dinellys

A **Dios**, quien me ayudo a encontrar la fuerza y la paciencia para vencer todos los obstáculos que se me presentaron durante este tiempo.

A mis **Padres**, quienes se esmeraron por darme la oportunidad de estudiar una carrera universitaria, sin importar cuál sería mi elección. Gracias por creer siempre en mis capacidades y darme aliento cuando las dificultades aparecían en medio de mi camino. Los amo.

A mi **hija Gabriela**, quien me inspiro aún más para seguir adelante y lograr este objetivo. Por sacrificar tiempo a su lado para cumplir con las responsabilidades de mi carrera y por esperarme siempre con los bracitos abiertos y una gran sonrisa. Eres el motor de mi vida.

A mi **Esposo**, por brindarme su apoyo incondicional, un amor sincero y su compañía durante todo este duro pero satisfactorio recorrido. Te amo.

A mis **Amigos y Compañeros de estudio**, porque juntos logramos alcanzar esta gran meta, a pesar de los altos y bajos; y lo más importante, por construir y fortalecer esta bonita amistad. En especial agradezco a **Dine** y a su **Mamá**, por abrirme las puertas de su casa y permitir que se convirtiera en mí segundo hogar.

A mi **Abuela**, quien es mi ángel en el cielo y nunca me ha dejado sola. Te extraño.

Rebeca

## TABLA DE CONTENIDO

### LISTA DE TABLAS

TABLA 1: SEXO	68
TABLA 2: ESTADÍSTICOS EDAD	68
TABLA 3: EDAD	69
TABLA 4: TRATAMIENTO ACTUAL	69
TABLA 5: ESTADÍSTICOS. TIEMPO DE TRATAMIENTO	70
TABLA 6: TIEMPO DE TRATAMIENTO	70
TABLA 7: ENFERMEDADES CONCOMITANTES	71
TABLA 8: ESTADÍSTICOS. PUNTAJE IBD	72
TABLA 9: CLASIFICACIÓN DE DEPRESIÓN – BECK	72
TABLA 10: ESTADÍSTICOS PUNTAJE BAI	73
TABLA 11: CLASIFICACIÓN DE ANSIEDAD – BAI	74
TABLA 12: TABLA DE CONTINGENCIA – CLASIFICACIÓN DE IBD – SEXO	74
TABLA 13: TABLA DE CONTINGENCIA – CLASIFICACIÓN DE BAI – SEXO	75
TABLA 14: CORRELACIONES	76
LISTA DE GRÁFICOS: INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK: HOMBRES Y MUJERES	
GRAFICA 1: PREGUNTA 1	78
GRAFICA 2: PREGUNTA 1	78
GRAFICA 3: PREGUNTA 2	78
GRAFICA 4: PREGUNTA 2	78
GRAFICA 5: PREGUNTA 4	79
GRAFICA 6: PREGUNTA 4	79
GRAFICA 7: PREGUNTA 5	79
GRAFICA 8: PREGUNTA 5	79
GRAFICA 9: PREGUNTA 7	80
GRAFICA 10: PREGUNTA 7	80
GRAFICA 11: PREGUNTA 8	80

<b>GRAFICA 12: PREGUNTA 8</b>	<b>80</b>
<b>GRAFICA 13: PREGUNTA 11</b>	<b>81</b>
<b>GRAFICA 14: PREGUNTA 11</b>	<b>81</b>
<b>GRAFICA 15: PREGUNTA 12</b>	<b>81</b>
<b>GRAFICA 16: PREGUNTA 12</b>	<b>81</b>
<b>GRAFICA 17: PREGUNTA 14</b>	<b>82</b>
<b>GRAFICA 18: PREGUNTA 14</b>	<b>82</b>
<b>GRAFICA 19: PREGUNTA 15</b>	<b>82</b>
<b>GRAFICA 20: PREGUNTA 15</b>	<b>82</b>
<b>GRAFICA 21: PREGUNTA 16</b>	<b>83</b>
<b>GRAFICA 22: PREGUNTA 16</b>	<b>83</b>
<b>GRAFICA 23: PREGUNTA 17</b>	<b>83</b>
<b>GRAFICA 24: PREGUNTA 17</b>	<b>83</b>
<b>GRAFICA 25: PREGUNTA 18</b>	<b>84</b>
<b>GRAFICA 26: PREGUNTA 18</b>	<b>84</b>
<b>GRAFICA 27: PREGUNTA 20</b>	<b>84</b>
<b>GRAFICA 28: PREGUNTA 20</b>	<b>84</b>
<b>GRAFICA 29: PREGUNTA 21</b>	<b>85</b>
<b>GRAFICA 30: PREGUNTA 21</b>	<b>85</b>
<b>LISTA DE GRÁFICOS: INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK: HOMBRES Y MUJERES</b>	
<b>GRAFICA 31: ÍTEM 3</b>	<b>86</b>
<b>GRAFICA 32: ÍTEM 3</b>	<b>86</b>
<b>GRAFICA 33: ÍTEM 4</b>	<b>86</b>
<b>GRAFICA 34: ÍTEM 4</b>	<b>86</b>
<b>GRAFICA 35: ÍTEM 5</b>	<b>87</b>
<b>GRAFICA 36: ÍTEM 5</b>	<b>87</b>
<b>GRAFICA 37: ÍTEM 7</b>	<b>87</b>
<b>GRAFICA 38: ÍTEM 7</b>	<b>87</b>
<b>GRAFICA 39: ÍTEM 8</b>	<b>88</b>

<b>GRAFICA 40: ÍTEM 8</b>	<b>88</b>
<b>GRAFICA 41: ÍTEM 9</b>	<b>88</b>
<b>GRAFICA 42: ÍTEM 9</b>	<b>88</b>
<b>GRAFICA 43: ÍTEM 10</b>	<b>89</b>
<b>GRAFICA 44: ÍTEM 10</b>	<b>89</b>
<b>GRAFICA 45: ÍTEM 12</b>	<b>89</b>
<b>GRAFICA 46: ÍTEM 12</b>	<b>89</b>
<b>GRAFICA 47: ÍTEM 13</b>	<b>90</b>
<b>GRAFICA 48: ÍTEM 13</b>	<b>90</b>
<b>GRAFICA 49: ÍTEM 14</b>	<b>90</b>
<b>GRAFICA 50: ÍTEM 16</b>	<b>90</b>
<b>GRAFICA 51: ÍTEM 16</b>	<b>91</b>
<b>GRAFICA 52: ÍTEM 16</b>	<b>91</b>
<b>GRAFICA 53: ÍTEM 17</b>	<b>91</b>
<b>GRAFICA 54: ÍTEM 17</b>	<b>91</b>
<b>RESUMEN</b>	
<b>ABSTRACT</b>	
<b>INTRODUCCIÓN</b>	
<b>1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>21</b>
<b>2. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>25</b>
<b>3. OBJETIVOS</b>	<b>31</b>
3.1.    Objetivo General	31
3.2.    Objetivos Específicos	31
<b>4. MARCO TEÓRICO</b>	<b>32</b>
4.1.    Insuficiencia Renal Crónica	33
4.2.    Hemodiálisis	35
4.3.    Emociones	38
4.4.    Programa de intervención cognitivo-conductual	44
<b>5. METODOLOGÍA</b>	<b>51</b>
5.1.    Tipo de investigación	51

5.2.	Paradigma Empírico-analítico	52
5.3.	Diseño	52
5.4.	Población	53
5.5.	Instrumentos de recolección	54
5.6.	Procedimiento	60
5.7.	Operacionalización de las variables	63
<b>6.</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>67</b>
<b>7.</b>	<b>DISCUSIÓN</b>	<b>92</b>
<b>8.</b>	<b>PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA PACIENTES ADULTOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN LA FUNDACIÓN RENAL DE COLOMBIA DEL DISTRITO DE SANTA MARTA.</b>	<b>100</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>		
<b>8.1.</b>	<b>JUSTIFICACIÓN</b>	<b>104</b>
<b>8.2.</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>108</b>
8.2.1.	Objetivo general	108
8.2.2.	Objetivos específicos	108
<b>8.3.</b>	<b>PROTOCOLO DE LAS SESIONES DE TRABAJO</b>	<b>109</b>
<b>8.3.1.</b>	<b>SESIÓN 0</b>	<b>109</b>
8.3.1.1.	Objetivo	109
8.3.1.2.	Logro	109
8.3.1.3.	Procedimiento	109
8.3.1.4.	Material requerido	109
8.3.1.5.	Tarea para casa	109
8.3.1.6.	Tiempo de la sesión	109
<b>8.3.2.</b>	<b>SESIÓN 1</b>	<b>110</b>
8.3.2.1.	Objetivo	110
8.3.2.2.	Logro	110
8.3.2.3.	Procedimiento	110
8.3.2.4.	Material requerido	110

8.3.2.5. Tarea para casa	110
8.3.2.6. Tiempo de la sesión	111
<b>8.3.3. SESIÓN 2</b>	<b>111</b>
8.3.3.1. Objetivo	111
8.3.3.2. Logro	111
8.3.3.3. Procedimiento	111
8.3.3.4. Material requerido	111
8.3.3.5. Tarea para casa	111
8.3.3.6. Tiempo de la sesión	112
<b>8.3.4. SESIÓN 3</b>	<b>112</b>
8.3.4.1. Objetivo	112
8.3.4.2. Logro	112
8.3.4.3. Procedimiento	112
8.3.4.4. Material requerido	112
8.3.4.5. Tarea para casa	112
8.3.4.6. Tiempo de la sesión	112
<b>8.3.5. SESIÓN 4</b>	<b>113</b>
8.3.5.1. Objetivo	113
8.3.5.2. Logro	113
8.3.5.3. Procedimiento	113
8.3.5.4. Material requerido	113
8.3.5.5. Tarea para casa	113
8.3.5.6. Tiempo de la sesión	113
<b>8.3.6. SESIÓN 5</b>	<b>114</b>
8.3.6.1. Objetivo	114
8.3.6.2. Logro	114
8.3.6.3. Procedimiento	114
8.3.6.4. Material requerido	114
8.3.6.5. Tarea para casa	114
8.3.6.6. Tiempo de la sesión	114

<b>8.3.7. SESIÓN 6</b>	<b>115</b>
8.3.7.1. Objetivo	115
8.3.7.2. Logro	115
8.3.7.3. Procedimiento	115
8.3.7.4. Material requerido	116
8.3.7.5. Tarea para casa	116
8.3.7.6. Tiempo de la sesión	116
<b>8.3.8. SESIÓN 7</b>	<b>117</b>
8.3.8.1. Objetivo	117
8.3.8.2. Logro	117
8.3.8.3. Procedimiento	117
8.3.8.4. Material requerido	117
8.3.8.5. Tarea para casa	117
8.3.8.6. Tiempo de la sesión	117
<b>8.3.9. SESIÓN 8</b>	<b>118</b>
8.3.9.1. Objetivo	118
8.3.9.2. Logro	118
8.3.9.3. Procedimiento	118
8.3.9.4. Material requerido	118
8.3.9.5. Tarea para casa	118
8.3.9.6. Tiempo de la sesión	118
<b>8.3.10. SESIÓN 9</b>	<b>119</b>
8.3.10.1. Objetivo	119
8.3.10.2. Logro	119
8.3.10.3. Procedimiento	119
8.3.10.4. Material requerido	119
8.3.10.5. Tarea para casa	119
8.3.10.6. Tiempo de la sesión	119
<b>8.3.11. SESIÓN 10</b>	<b>120</b>
8.3.11.1. Objetivo	120

8.3.11.2. Logro	120
8.3.11.3. Procedimiento	120
8.3.11.4. Material requerido	120
8.3.11.5. Tarea para casa	120
8.3.11.6. Tiempo de la sesión	120
<b>8.3.12. SESIÓN 11</b>	<b>121</b>
8.3.12.1. Objetivo	121
8.3.12.2. Logro	121
8.3.12.3. Procedimiento	121
8.3.12.4. Material requerido	121
8.3.12.5. Tarea para casa	121
8.3.12.6. Tiempo de la sesión	121
<b>8.3.13. SESIÓN 12</b>	<b>122</b>
8.3.13.1. Objetivo	122
8.3.13.2. Logro	122
8.3.13.3. Procedimiento	122
8.3.13.4. Material requerido	122
8.3.13.5. Tiempo de la sesión	122
<b>9. ASPECTOS ÉTICOS INVOLUCRADOS EN LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>123</b>
<b>10.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>125</b>
<b>11.LISTA DE ANEXOS</b>	<b>138</b>
<b>FICHA SOCIODEMOGRÁFICA</b>	<b>139</b>
<b>INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK</b>	<b>140</b>
<b>INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK</b>	<b>142</b>
<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	<b>143</b>

## RESUMEN

Este artículo presenta el diseño de un programa de intervención cognitivo-conductual sobre las manifestaciones de alteración del estado del ánimo y respuestas de ansiedad en pacientes adultos con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, a partir de un estudio transeccional descriptivo. La población estuvo conformada por 30 pacientes (16 hombres, 14 mujeres) de 25 a 45 años de edad, con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis que asisten a la Fundación Renal de Colombia sede santa marta. Para la evaluación de las variables se utilizó el inventario de Depresión de Beck y el inventario de ansiedad de Beck. Los resultados mostraron la presencia de ansiedad en un 60% y de depresión en un 76,6% lo que respalda el diseño del programa para los pacientes adultos que padecen dicha patología, el cual está conformado por 13 sesiones que se desarrollan en un tiempo de tres meses. Las técnicas utilizadas son control emocional y afectivo, resolución de problemas.

**Palabras Claves:** Insuficiencia renal crónica, tratamiento de hemodiálisis, ansiedad, depresión, técnicas cognitivos conductuales.

## ABSTRACT

This article presents the design of a cognitive behavioral intervention about the manifestations of mood alteration and the adult patients with chronic renal failure in a hemodialysis treatment and their anxiety reactions, from a transactional descriptive study. The population was formed by 30 patients (16 men, 14 women) from 25 to 45 years with chronic renal failure in a hemodialysis treatment who attend the Colombian Renal Foundation Santa Marta's headquarters. For the variables evaluation, it was used the Beck Depression inventory and the Beck Anxiety inventory. The results showed the presence of anxiety in a 60% and depression in a 76, 6% which supports the design of the program for adult patients who suffer this pathology, this is formed by 13 sessions that develop in a period of

three months. The used techniques are emotional and affective control, problem solving.

**KEY WORDS.** Chronic renal failure, hemodialysis treatment, anxiety, depression, cognitive behavioral techniques.

## INTRODUCCIÓN

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es una patología que no solo afecta al individuo en su parte física, sino también, a nivel social y psicológico, al someter al paciente a graves limitaciones como son; la falta de apoyo social, la dependencia económica de la familia, la pérdida del empleo, sensación de fracaso personal, entre otras (Segui, Fierro, Machado y Fernández, 2003). López, Gómez y González (2000), sostienen que los problemas psíquicos más comunes en éste tipo de población son la depresión, los cuadros de ansiedad, la indiferencia afectiva, que repercuten en conductas escasamente cooperativas, negatividad, irritabilidad y otras alteraciones del estado anímico; por tal motivo, es importante comprender y afrontar la problemática de la IRC a nivel de los aportes de la psicología como disciplina científica y más específicamente desde el área de aplicación de la psicología clínica y de la salud. Según el reporte de la Organización Mundial de la Salud, OMS (2005) citado en Holguín, Correa, Arrivillaga, Cáceres y Varela (2006), las enfermedades crónicas (cardiopatías, accidentes cerebro-vasculares, enfermedad renal crónica, cáncer y diabetes) son la principal causa de muerte en el mundo y su impacto aumenta continuamente convirtiéndose como lo sustentan Saad, Sepúlveda, Ibáñez, Flórez, Herrán, Márquez y Pacheco (2007) en *“un importante problema de salud pública en el ámbito mundial y nacional”* (p. 62), así mismo, en un comunicado emitido por el director del Departamento de Estadística Sanitaria de la OMS sobre las enfermedades crónicas en el 2010 *“la proporción de fallecimientos por enfermedades no contagiosas incrementará significativamente”* (Boerma, 2008, p. 1).

La universidad del Magdalena mediante su actividad en la investigación y la Facultad de Ciencias de la Salud, se comprometen con estrategias que permitan velar por la aproximación de proyectos de desarrollo humano en la búsqueda de los niveles de bienestar y de calidad de vida de los ciudadanos de nuestra región Caribe, facilitando al estudiante el conocimiento de metodologías de investigación

y desarrollo de habilidades para abordar un problema de investigación y por lo tanto la solución de éste, accediendo al objeto de estudio de la disciplina a través de competencias para plantear problemas, recoger, analizar e interpretar información, intervenir y proponer estrategias de intervención y transformación. El Programa de Psicología es uno de los Programas de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Magdalena, que dirige su enfoque hacia la salud pública; por lo tanto, al asumir el papel de investigadores se pretende con éste estudio contribuir socialmente a la identificación de características específicas de una población que merece ser estudiada como los individuos que padecen IRC y se encuentran recibiendo tratamiento de hemodiálisis, para permitir la creación de estrategias que logren mejorar el bienestar de los mismos y de igual manera abarcar nuevos ejes temáticos en el que la psicología puede intervenir de forma eficaz (Universidad del Magdalena, 2003). Por lo anterior y de acuerdo al planteamiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se hace necesario desarrollar propuestas de intervención efectivas frente a ésta patología, que aplicadas dentro de un modelo de atención en salud, permitan dar un aporte a aquellas personas que la padecen aprovechando de forma eficiente los recursos multidisciplinares con los que se cuenta, de tal forma que se pueda prevenir y tratar con un compromiso activo de parte del paciente y la entidad de salud que lo atiende, brindando así un servicio adecuado que mejore el aspecto emocional de los mismos, en una perspectiva interdisciplinaria.

El hecho de encontrarse al momento del tratamiento dependiente de una máquina, pues se ven *“sometidos a un ritual diario repetitivo, durante muchos días de su vida, durante muchas horas, dependientes de un procedimiento, de un centro, de un personal médico”* (López, y cols., 2000, p. 21), lo lleva a experimentar situaciones que generan estrés y desesperanza sobre todo al pensar que su vida cambia a partir del diagnóstico y de ésta manera deberá replantearse un nuevo comienzo desde el punto de vista laboral, personal y familiar, ya que el padecimiento de dicha enfermedad no solo afecta a quien la soporta sino también

a los que se encuentran a su alrededor, lo que implica mayor dificultad para que el paciente y su patología evolucionen positivamente, puesto que el individuo al conocer la presencia de ésta patología, se hermetiza en sí mismo por temor a perder lo que ya había construido sintiendo que su mundo se limita a vivir aferrado a una máquina que hará *“circular la sangre desde una arteria del paciente hacia el filtro de diálisis o dializador en el que las sustancias tóxicas de la sangre se difunden en el liquido de diálisis; la sangre libre de toxinas vuelve luego al organismo a través de una vena canulada”* (Paéz, Jofré, Azpiroz y De Bortoli, 2008, p. 118), convirtiéndose ésta a partir del diagnóstico en su compañera inseparable, *“ya que deben estar ligados a un procedimiento médico con unas técnicas de aplicación casi constante y durante un periodo largo de tiempo”* (López y cols., 2000, p 21).

Es por esto, que se han desarrollado nuevas estrategias desde la Psicología, específicamente desde la terapia cognitiva-conductual (TCC), para manejar trastornos como la ansiedad y la depresión en pacientes con patologías crónicas. En este sentido, diversas investigaciones han demostrado la eficacia de la TCC como es el caso de Contreras, Moreno, Martínez, Araya, Livacic-Rojas y Vera-Villarroel (2006), quienes desarrollaron un estudio en adultos mayores con el fin de evaluar el efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva, obteniendo como resultados importantes cambios a nivel clínico, siendo la TCC útil y de gran influencia en los pacientes intervenidos en las diferentes variables y fases del estudio. Así mismo, *The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)* informó que muchas investigaciones han demostrado que la TCC en comparación con los antidepresivos es mucho más eficaz para tratar la depresión leve y moderada y la ansiedad (Infocop, 2008).

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, el objeto del presente trabajo es diseñar un programa de intervención cognitivo-conductual para 30 pacientes, entre las edades de 25 a 45 años, con IRC en tratamiento de hemodiálisis de la

Fundación Renal de Colombia del distrito de Santa Marta, en el cual se trabajará un plan de intervención a través de *“acciones concretas y específicas puestas en marcha para enfrentar la situación por la que pasan los pacientes”* (Arjona y guerrero, 2004, citado en Suárez, Baquero, Londoño y Low, s.f., p. 6), esto con el fin de ofrecerles nuevas herramientas frente al manejo de la enfermedad y establecer un nuevo camino hacia la creación de habilidades que mejoren su condición emocional al momento de encontrarse en sala recibiendo el tratamiento de hemodiálisis. Los instrumentos que se utilizarán son una encuesta socio-demográfica para adultos con la patología en mención que consta de 14 ítems que evalúan (edad, sexo, educación, estrato, ocupación, estado civil, entre otros); el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), desarrollado por Aaron Beck en 1988, compuesto por 21 ítems, que describen diversos síntomas de ansiedad y el Inventario de Depresión de Beck (BDI) desarrollado por el mismo autor y compuesto por 21 ítems que evalúan componentes afectivos, motivacionales, cognitivos, conductuales y fisiológicos de la depresión.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como lo sustenta Raya (2007), *“la Insuficiencia Renal Crónica constituye uno de los principales problemas públicos en la actualidad (p. 1)”*. Según información de la Asociación Colombiana de Nefrología (2006) y el Ministerio de Protección Social citados en información de contexto (s.f.), *“los reportes de incidencia y prevalencia de enfermedad renal crónica terminal en Colombia son muy escasos y apenas desde hace unos años se han comenzado a generar estadísticas confiables. Desde la implementación de la Ley 100 de 1993 y al mejorar enormemente la cobertura de los pacientes que requerían terapias de reemplazo renal, la prevalencia ha aumentado de manera importante, pasando de 127 pacientes por millón de habitantes (ppm) en diciembre de 1993, a una prevalencia de 294.6 ppm a diciembre de 2004”* (p. 1). En Colombia la IRC según datos de la Asociación Colombiana de Nefrología (2006) citado en Información de contexto (s.f.), *“en el 2010 la cifra podría duplicarse y llegar a más de 28 mil personas, lo cual significaría un incremento de 15% de los pacientes. Sin embargo, si las medidas de prevención aumentan, la enfermedad se detecta más temprano y los tratamientos se optimizan, el crecimiento podría tener otra tendencia y crecer sólo el 7% para 2010 y sus costos llegar a 499 millones”* (p. 1). Así mismo, López, Jaramillo, Jaimes, Muñoz, Murica y Sánchez (2005) exponen que en Colombia, la frecuencia y distribución de la enfermedad renal crónica no se conoce y no se tiene en cuenta el impacto de ésta sobre las personas y la sociedad, al no tener un registro nacional que evidencie la información básica de las diferentes enfermedades renales, su posible etiología y los factores asociados a la misma.

El padecer una enfermedad renal crónica causa en el individuo una serie de reacciones negativas que afectan la evolución de ésta, tanto de manera psicológica como física asociando el padecimiento de tal patología con la muerte, es decir, piensan que sus vidas llegaron a un límite del cual ya no podrán pasar y que en cualquier momento puede verse interrumpida, así lo sostiene Jomed (2009) *“Muchos pacientes con enfermedades crónicas guardan angustias y*

temores, siendo el más importante el de morir prematuramente” afirmando también que “los pacientes se sienten impotentes ante su situación; su autoestima es totalmente baja, sus relaciones familiares se han perturbado por su enfermedad, y se han vuelto dependientes de otras personas en mayor o menor medida” (p. 2). En éste sentido, Mera (2007) señala que los pacientes “habitualmente afloran sentimientos de culpa, negación, rabia, depresión, frustración que son difícilmente comprendidos y aceptados por el paciente y sus familiares” (p. 9). En un estudio realizado en el Instituto de Urología y Nefrología en San Salvador de Jujuy, Argentina, se encontró a través del abordaje psicológico que el paciente en tratamiento de hemodiálisis presenta “angustia en el 100% de los casos que fue acompañado por: sentimientos de incapacidad (90% de los casos), ansiedad (80%), disminución del interés o del placer en todas las actividades (70%), depresión de diferentes grados (50%), irritabilidad (40%), deterioro socio-familiar (40%), disfunción sexual (20%), negación (1%)” (Vinokur y Bueno, 2002, p. 13).

Por otra parte, cuando ésta patología llega a un estado avanzado el paciente debe ser sometido al tratamiento de hemodiálisis en el cual el sujeto comienza a presentar manifestaciones a nivel emocional en reacción a ésta, tales como: tristeza, inconformidad, desesperanza, inutilidad, incertidumbre y una serie de manifestaciones físicas como impotencia, agotamiento, fatiga, inquietud, dolores de cabeza, náuseas y mareo, los cuales en suma, dan lugar a la aparición de la ansiedad y la depresión. Se hace énfasis en las dos últimas emociones puesto que, cuando el paciente conoce que sufre tal patología “experimenta una pérdida (de salud y/o autonomía) ante la que reaccionarán inicialmente, mediante la negación del suceso (buscarán una segunda opinión, no hablarán del tema, pedirán que no se mencione a nadie lo que tiene, etc.), es decir, tratarán de ocultar, hacer desaparecer o ignorar la enfermedad. Después, manifestarán irritación con el hecho de estar enfermo. En este momento el paciente ha aceptado que padece la enfermedad (en el sentido de que ya no la niega), pero

*reclama o le parece injusto que le haya ocurrido a él, posteriormente la mayoría de las personas experimenta síntomas depresivos que en algunos casos, requieren de tratamiento psicológico debido a que ponen en riesgo la vida del sujeto. Es ahí donde pueden surgir ideas de muerte o suicidio, o planeación y tentativa suicida. Finalmente, y en el mejor de los casos, el paciente llega a la etapa de aceptación o reconciliación con la realidad de estar enfermo” (Oblitas, 2006, p. 252), se desequilibra emocionalmente como individuo haciéndolo más vulnerable debido al manejo inadecuado del control personal y de aquí en adelante su percepción de vida estará dirigida a concebir ésta, aferrada a un tratamiento y a una máquina para poder sobrevivir, olvidándose de su propio crecimiento, autodominio y desarrollo personal.*

En un estudio realizado en Venezuela, sobre la evaluación de la depresión y ansiedad en 62 pacientes de ambos sexos entre 16 y 66 años con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, se encontró en los resultados obtenidos que la IRC, es una enfermedad progresiva e irreversible, cursa con frecuencia con síntomas de ansiedad y depresión dando como resultado 17 pacientes (27.42%) con depresión y 49 (79.03%) con ansiedad (Atencio, Nucette, Colina, Sumalave, Atencio, e Hinestroza, 2004). Igualmente Martínez, Martínez y Ribes, (2007), hicieron una investigación con 36 pacientes (16 hombres y 20 mujeres) en la que se encontró como resultado que los pacientes con enfermedad renal crónica en programa de hemodiálisis periódica obtienen puntuaciones significativamente mayores en depresión y ansiedad.

Motivados por la carencia de investigaciones a nivel local sobre la aplicación de la TCC para el manejo de la ansiedad y la depresión en pacientes en tratamiento de hemodiálisis, el afán de brindar una mejor estrategia de intervención a éstos y por el hecho de que asisten a ser atendidos multidisciplinariamente (Urólogos, Médicos, Enfermeros y psicólogos) y cada profesional otorga un determinado tratamiento, pero no existe un programa que integre y del cual haga parte importante el componente psicológico; entonces, se consideró necesario evaluar

la población con el objetivo de describir los niveles de ansiedad y depresión que poseen cada uno de los individuos y que puedan estar afectando su adecuado funcionamiento en el tratamiento, con el fin de diseñar un programa de intervención cognitivo-conductual que, proponga herramientas para los pacientes referente al control emocional de acuerdo a las consecuencias que provoca el tratamiento en su vida cotidiana, basados en el modelo biopsicosocial.

Por lo anterior se planteó la siguiente pregunta que orientó el desarrollo de la presente investigación:

¿Será necesario el diseño de un programa de intervención cognitivo-conductual dirigido a pacientes adultos con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis de la Fundación Renal de Colombia, para aliviar los niveles de depresión y ansiedad que estos manifiestan?

## 2. JUSTIFICACIÓN

La insuficiencia renal crónica (IRC), es una enfermedad que implica la pérdida gradual y progresiva de la capacidad de los riñones para eliminar los productos de desecho, mantener en equilibrio la cantidad de líquidos en el organismo, controlar la presión arterial, facilitar la producción y mantenimiento de glóbulos rojos y regular los niveles de calcio y fósforo. El paciente debe vivir con la función renal notablemente disminuida y con una alta probabilidad de deterioro de los demás órganos internos, causando en algunos casos enfermedades cardiovasculares (Pérez, Llamas y Legido, 2005), neuropatías, descalcificación de los huesos y anemia, entre otros (Hershrifkin y Stoner, 2005 citado en Contreras, Espinosa y Esguerra, 2008). Lo anterior, ha venido afectando a la población de manera significativa, puesto que convivir con dicha enfermedad es un choque muy fuerte para la confianza del individuo frente a sí mismo, lo cual demanda enfrentar la idea de su propia fragilidad y falta de control ante los acontecimientos que se presentan a la hora de someterse al tratamiento de hemodiálisis para proteger su salud. Actualmente, la insuficiencia renal crónica es cada vez más frecuente en países desarrollados y en vías de desarrollo, según Pérez (2007) más de 500 millones de personas en el mundo tienen enfermedad renal crónica y como lo expone Borrero (2009) *“el número de pacientes con enfermedad renal crónica está aumentando marcadamente”* (p. 1). Se estima que en Colombia la incidencia es de 9,4 por 100.000 habitantes y la prevalencia de 15,4 por 100.000 habitantes, en tratamiento sustitutivo de la función renal (Chicaiza 2005 citado en Saad, Sepulveda, Ibáñez, Flórez, Herrán, Márquez y Pacheco, 2007).

Según la Asociación Colombiana de Nefrología (2006) citado en Información de contexto (s.f.), en Latinoamérica la frecuencia de la Insuficiencia renal crónica es relativa siendo las mayores en Puerto Rico con 976 pacientes por millón de habitantes (pmp) y Uruguay con 737 pmp. En Argentina, Brasil y Chile la prevalencia es mayor de 300 pmp, en México 263 pmp y países como Bolivia, salvador, Guatemala, Honduras, Paraguay tienen una prevalencia menor de 100

pmp. Al comparar con otros registros mundiales, se encuentra que la prevalencia en Latinoamérica es muy inferior. Las más significativas están en el Japón (1.624 pmp) y USA (1.131 pmp). La prevalencia de los pacientes de la Unión Europea está alrededor de 644 pmp, Australia tiene 386 pmp y Singapur 646 pmp. De ésta manera, la Asociación Colombiana de Nefrología (2006) citado en información de contexto (s.f.) explica que en el país hasta el año 2006, identificó aproximadamente entre 16.100 a 16.400 pacientes con insuficiencia renal terminal, aunque pueden ser más. Para empeorar las cosas, la prevalencia de la IRC aumenta cerca del 15% cada año, a medida que la población envejece y que un mejor acceso a los servicios asistenciales permite alcanzar los estadios terminales de las enfermedades crónicas (Gómez, 2005). En Colombia, las principales causas de IRC son la hipertensión arterial, 30%, y la diabetes mellitus tipo II, 30%.

Así mismo, como se busca en ésta indagación, se han realizado investigaciones sobre las características emocionales de los pacientes que padecen dicha patología; como es el caso del estudio de Ruíz de Alegría, Basabe, Fernández, Baños, Nogales, Echeberri, San Vicente y Bejarano (2009) donde se constatan tasas superiores de prevalencia de ansiedad y porcentajes de prevalencia de depresión entre el 25% al 50%.

Como lo plantean Vinokur y Bueno (2002) *“el hecho de "caer enfermo" supone dos sentimientos muy característicos: por un lado el temor de la gravedad de lo que está pasando y por otro lado la idea de incapacidad, porque el hombre se ve privado bruscamente de las potencialidades conseguidas hasta el momento de la aparición de la enfermedad”* (p. 12). De acuerdo a esto, durante la enfermedad y el tratamiento los pacientes se ven obligados a cambiar su estilo de vida, ya que sufren grandes cambios a nivel fisiológico y psicológico, lo que los lleva a la vivencia del duelo por la pérdida de la salud que generalmente se presenta durante el tratamiento (hemodiálisis), haciendo que el sujeto tenga que adaptarse a una vida con limitaciones, las que se ven reflejadas a nivel laboral, familiar,

emocional y hasta social, pues las relaciones con el entorno se pueden ver perturbadas por la condición del paciente, y es que como se pudo constatar en las visitas realizadas a la Fundación en el 2007, asistir a las sesiones del tratamiento para el paciente es una situación dolorosa no solo por el propio dolor que causa el mismo y los factores que influyen para acceder a este, sino, por los recuerdos de lo que un día fue y hacía y hoy ha de modificar, por lo tanto es necesario que el individuo adquiera herramientas que le ayuden a controlar lo que vive y siente al momento de recibir el tratamiento, debido a que es un aspecto que no puede descuidar,

así lo ratifican Lyngcoln, Taylor, Pizzari y Bakus (2005) *“El cumplimiento de cualquier prescripción terapéutica implica realizar una serie de tareas que requieren no solo saber qué hacer, sino cómo y cuándo hacerlo, no es meramente un asunto voluntario requiere, además, de una actuación eficaz, un control ambiental y beneficios contingentes al cumplimiento”* (Holguín, Correa, Arrivillaga, Cáceres y Varela; 2006, p. 537).

Por otro lado, Rudnicki (2006), plantea que *“Una de las principales dificultades enfrentadas por quien se enferma es la amenaza a su integridad; es decir, la enfermedad precipita la pérdida del control interno y del medio ambiente. En la sesión de hemodiálisis, el enfermo pasa de una actitud activa a una más pasiva, haciéndose casi totalmente dependiente de la persona que lo atiende, además, por supuesto de la máquina”* (p. 13). Teniendo en cuenta lo dicho por este autor, también es importante ver que el papel pasivo del paciente lo hace tener que recurrir a terceras personas, como lo es un familiar, para acudir a la cita con el tratamiento de hemodiálisis debido a los efectos secundarios que manifiestan los individuos que son sometidos a este, como son: debilidad, cansancio, náuseas entre otros. Ésta situación en muchos casos es incómoda para la persona que padece la enfermedad, puesto que el tener que pedir ayuda a otro para realizar actividades que normalmente llevaba a cabo solo, le genera un sentimiento de inutilidad que puede dificultarle aún más la posición que asume frente a ésta.

Implementar un programa cognitivo-conductual es un tratamiento que ha causado un impacto positivo en diversas poblaciones en las que se ha efectuado. En éste sentido, Bados, García y Fausté (2002), en su estudio sobre la eficacia de las distintas orientaciones terapéuticas concluyen que la TCC resulta eficaz en términos de durabilidad de los efectos en el paciente, economía y resulta más provechosa que la terapia farmacológica en el tratamiento de trastornos como la ansiedad y la depresión. Por lo tanto, se han realizado diversas investigaciones donde se han de mostrado los resultados positivos de la TCC, como es el caso de un estudio realizado en la Universidad de Murcia en España sobre la eficacia de los tratamientos cognitivos-conductuales para los trastornos de ansiedad generalizada y ansiedad por separación en niños y adolescentes, en el cual se evidenció una reducción de las variables a evaluar llegando a la conclusión de que éste tipo de intervención se ha mostrado eficaz frente a condiciones de control y otros tratamientos, manteniéndose los logros terapéuticos en el tiempo (Orgilés, Méndez, Rosa e Inglés; 2003). De igual manera, una indagación realizada en la Universidad Complutense de Madrid, pretendía determinar la eficacia de un programa de tratamiento breve del trastorno por estrés postraumático en mujeres víctimas de la violencia doméstica en un plazo de tiempo de dos meses, el cual dio como resultado que el programa fue efectivo para la reducción del trastorno por estrés postraumático en el 100% de los casos (Labrador, Fernández y Rincón; 2006). Así mismo, se desarrolló una investigación en la Universidad Jaume I de Castellón, España, sobre la mejora de la adhesión al tratamiento y del estado emocional para los pacientes con infección por VIH a través de un programa de intervención psicológico cognitivo-conductual, el mismo que tras la intervención arrojó como resultado cambios significativos en las variables evaluadas, por lo que se puede decir que su intervención fue eficaz (Ballester, 2003). Es debido a este soporte que, como profesionales se busca brindar herramientas adecuadas a la población con la que se está trabajando para controlar la condición emocional de un paciente al momento de recibir el tratamiento de acuerdo a la percepción y necesidades que los mismos tienen de su situación.

El presente estudio, surgió de la observación de las actitudes y conceptos que manejan los pacientes en la sala de hemodiálisis, al momento del tratamiento en la Fundación Renal de Colombia, en donde se evidenció la falta de conocimiento que tienen los pacientes de las repercusiones psicológicas como consecuencia de la patología y el manejo que se le debe dar a partir de su diagnóstico, como también el control que debe adquirir frente a ésta. Por lo tanto, fue importante realizar ésta indagación, puesto que permitió evaluar y describir los niveles de ansiedad y depresión de ésta población, para así lograr una importante contribución a través de la implementación de estrategias de intervención cognitivas-conductuales que, ayuden al control de las emociones mencionadas anteriormente en el momento del procedimiento de hemodiálisis. Es así, como se hizo preciso diseñar un programa de intervención cognitivo-conductual que permita alcanzar un impacto positivo a nivel emocional en las personas con esta enfermedad que son sometidos a tratamiento de hemodiálisis, ya que, así como lo exponen Martínez y Valencia (2005), *“la atención a través de programas permite una mayor estandarización de las intervenciones, la optimización de los recursos disponibles, la potenciación de las intervenciones en diferentes planos de la realidad, una mayor adherencia de los usuarios a los procesos terapéuticos, mejor acceso al conocimiento de profesionales expertos, seguimiento activo del proceso de atención, opciones de monitoreo y evaluación de las intervenciones”* (p. 11). Por lo expuesto, es considerable implementar la terapia cognitivo conductual como lo exponen Contreras y Oblitas (s.f.), ya que abarca la mayoría de las áreas de intervención en el comportamiento humano, muestra de ello es la expansión de sus bases teóricas que han contribuido a incrementar nuevos hallazgos empíricos, así como a ser legítimamente una modalidad terapéutica más dominante usada por psicólogos y su eficacia en la práctica clínica es reconocida en las investigaciones sobre diversos trastorno, tales como: depresión, ansiedad, ira, trastornos de angustia, fobia social, entre otros.

El programa para las enfermedades que se presenta en éste informe y como lo dice Tono (2006) citado en Sarmiento, Valencia, Martínez, DíazGranados, Duarte y Prada (2006), es una herramienta válida para alcanzar mejores resultados en salud y más importante aún es que por encima de los métodos, *“la validez de las guías como técnica radica en su esencia: el profundo respeto hacia la opinión del otro y la construcción conjunta de conocimiento aplicada a nuestra realidad”* (p. 11). Así mismo, lo expone Oblitas (2006), en su planteamiento sobre la necesidad de que grupos de investigación se ocupen de las intervenciones en la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas, como *“dirigir esfuerzos para diseñar programas de intervención psicológica enfocados en mejorar la calidad de vida de las personas que padecen una enfermedad crónica y/o terminal”* (p. 251).

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GENERAL**

Diseñar un programa de intervención cognitivo-conductual dirigido a aliviar las manifestaciones de alteración del estado del ánimo y respuestas de ansiedad, en pacientes adultos con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir las condiciones socio-demográficas que poseen los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis (Edad, estado civil, ocupación, escolaridad, estrato socioeconómico, Lugar de residencia, tratamiento actual, tiempo del tratamiento, enfermedades concomitantes, con quien vive).
- Evaluar y caracterizar los niveles de depresión y ansiedad que manejan los pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis.
- Correlacionar la edad y el tiempo de tratamiento con las variables de estudio.
- Estructurar el contenido teórico, las estrategias, las técnicas, objetivos y formas de control y seguimiento de cada una de las sesiones del programa de intervención cognitivo-conductual.
- Elaborar las fichas de control y seguimiento del programa de intervención cognitivo-conductual para los pacientes en tratamiento de hemodiálisis.
- Desarrollar el manual para la aplicación del programa de intervención cognitivo-conductual para pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis.

#### 4. MARCO TEÓRICO

Ésta investigación se fundamenta en el modelo teórico de la psicología de la salud, la cual concibe al hombre desde una perspectiva biopsicosocial, es decir, tiene en cuenta los cambios que experimenta el ser humano no solo en su función orgánica, sino también en lo relacionado a las funciones de los factores ambientales y psicosociales, resaltando el hecho de que las dificultades de la existencia, los conflictos e incluso la búsqueda de bienestar son parte de la vida. El propósito de ésta área de la psicología es específicamente el desarrollo de conocimientos que permitan comprender y modificar la situación psicológica de la persona enferma, en este caso las situaciones afectivas que se viven en ésta condición (Flórez, 2004). Es importante mencionar que la psicología de la salud es relativamente nueva, en Latinoamérica sus inicios se remontan al año de 1960. Sin embargo, el uso original del término se empleo hasta 1982 por Joseph Matarazzo, quien la definió como el *"conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas y el análisis y mejora del sistema sanitario y formación de políticas sanitarias"* (Flórez, 2004, p. 2). Ésta, es el campo dentro de la psicología dedicado al estudio y comprensión de cómo las influencias psicológicas participan en la forma en que la gente permanece saludable, se vuelven enfermos y el cómo responden cuando se enferman (Taylor, 2003 citado en Cassareto y Paredes, 2006). En ese sentido, el estudio de las enfermedades crónicas como la IRC apunta a extraer factores protectores que puedan ser tomados en cuenta para favorecer un mejor nivel de ajuste de los pacientes a su nueva condición.

Además, desde éste mismo enfoque, es evidente la relación lógica e integral existente entre cuerpo, ambiente y mente, puesto que ésta última puede intervenir

en el proceso de la enfermedad, debido a que el individuo es quien a través de sus creencias, actitudes, estilo de vida, pensamientos y emociones puede obtener un manejo adecuado o no frente a su propio control en situaciones que desencadenen dentro de sí, sentimientos perjudiciales para conservar la salud emocional, ya que los anteriores elementos pueden llegar a constituir su salud mental, pues la manera como responda a su padecimiento se puede convertir en un punto favorable o adverso para su bienestar psicológico. Así lo sostiene Aaron Beck (1976) citado en (Ruiz y Cano; s.f.), quien refiere que la cognición es la valoración de acontecimientos hecha por el individuo y referida a eventos temporales pasados, actuales o esperados. Los pensamientos o imágenes de los que podemos ser conscientes o no pueden permanecer inactivos a lo largo del tiempo y ante situaciones desencadenantes o precipitantes (de orden físico, biológico o social) se activan y actúan a través de situaciones concretas produciendo distorsiones cognitivas (procesamiento cognitivo de la información distorsionado) y cogniciones automáticas (o pensamientos negativos, que serían los contenidos de las distorsiones cognitivas). Es aquí entonces donde los psicólogos pueden intervenir, debido a que los mismos están involucrados con la salud del paciente y en brindarle las herramientas necesarias para que estos vayan adquiriendo la habilidad para controlar las emociones que desencadena la enfermedad al momento de ingresar a cumplir con el tratamiento.

#### **4.1. *Insuficiencia Renal Crónica (IRC)***

Según la psicología de la salud, es importante profundizar en el campo de la vivencia que experimentan los individuos que padecen Insuficiencia Renal Crónica, siendo ésta una enfermedad conceptualizada como una condición en la cual la función renal se encuentra reducida debido a la pérdida de nefronas (unidad atómica y funcional del riñón) y se deteriora a un ritmo determinado por el índice de destrucción nefronal ulterior. A causa de diversas enfermedades como la infección urinaria, la diabetes, hipertensión, complicaciones con el hígado, etc., se

presentan fallas en este órgano, lo cual genera que la masa de las nefronas ya no sean capaces de mantener la química sanguínea dentro de los límites normales, presentándose una uremia, (presencia de orina en la sangre) (Reque y Salaverry, s.f.), lo que conlleva al desarrollo y manifestación de emociones, que pueden presentarse a raíz de la misma y alcanzan a afectar al sujeto que padece la patología. De acuerdo a esto, se pueden forzar muchos cambios de estilo de vida para adaptarse a nuevas limitaciones físicas y necesidades, especialmente emocionales, que conlleva el padecerla, tolerar los desafíos emocionales que ésta trae consigo requiere hacerse un planteamiento realista pero también positivo, adaptarse a su condición o sentirse bien respecto del futuro puede parecer difícil al principio, pero puede lograrse (Brenner y cols., 1988 citado en Atencio y cols., 2004). Por tal motivo, es significativo conocer la concepción del mundo del individuo a través de la percepción y vivencia que éste puede llegar a tener en un momento determinado sobre la enfermedad y tomando esta información como referencia, crear estrategias que contribuyan al mejoramiento de las condiciones que intervienen en el proceso de la enfermedad y el tratamiento, con el fin de que se beneficien de una adecuada calidad de vida mediante el suministro a la población en general de los conocimientos que le permitan comprender la situación psicológica que manejan y no piensen que todo está perdido por ser pacientes crónicos.

A partir de lo ya expuesto, se refuerza entonces como lo sustenta la OMS (2005) citado en (Holguín y cols., 2006), con relación a la importancia de detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas, la necesidad de tener a disposición estrategias de intervención eficaces y al alcance de todas las personas afectadas que muestren condiciones psicológicas en las que se encuentran los pacientes de tal manera, que se pueda implementar un plan de trabajo con los mismos acorde con sus necesidades.

## **4.2. Hemodiálisis**

La hemodiálisis, es un método que suple la función renal, se debe realizar en forma continua y permite al individuo desarrollar actividades de la vida diaria; sin embargo, el tratamiento exige invertir de 12 a 15 horas por semana, llevar una dieta restrictiva y una ingesta limitada de líquidos. Los descuidos en seguir el tratamiento, pueden ocasionar graves alteraciones físicas de fatales consecuencias (Tobo, Martínez, Mosquera, Peña, y Paz, 1995) como somnolencia, cefalea, náuseas, vómitos, anemia, hipertensión, disminución de la calcemia, escarcha urémica, convulsiones, coma y muerte (Rodríguez, Campillo y Avilés; 1870, p. 4). El ser diagnosticado con ésta patología (IRC), incluye el hecho de enfrentarse a un sinnúmero de expresiones emocionales, cognitivas y de reacciones tales como la tristeza, pesimismo, inutilidad, baja autoestima, minusvalía, cansancio, agotamiento entre otros, que se manifiestan en la medida en que se van cumpliendo cada una de las diversas fases de evolución y tratamiento de la enfermedad que es actualmente el procedimiento terapéutico más empleado, se utiliza en el 90% de los pacientes con IRC y *“se realiza en una Unidad de Diálisis en sesiones de 3-4 horas tres veces por semana”*. (Brenner, Coe y Rector, 1988; Harrison, 1994; citado en Atencio y cols., 2004, p. 4). Por lo que los pacientes sometidos a hemodiálisis expresan una peor calidad de vida, ya que no llevan una adecuada actividad física, relación social, bienestar emocional, síntomas ocasionados por la enfermedad y estado cognitivo (Aparicio, 2004). El padecimiento de dicha enfermedad no solo afecta a quien la soporta sino a los que se encuentran a su alrededor lo que implica mayor dificultad para que se dé una evolución favorable, puesto que el sujeto no solo se preocupa por sí mismo sino también por lo que los demás experimentan a raíz de su enfermedad, valga destacar que *“entre los recursos de apoyo social el más importante es la familia, por lo que los trastornos en su dinámica pueden incrementar la probabilidad de*

*que alguno de sus miembros presente dificultad de adaptación” (De la Revilla, 1992 citado en Rodríguez y Rodríguez, 2004).*

En lo que se refiere a la vivencia del paciente dentro del tratamiento de hemodiálisis, éste último le produce diversas sensaciones físicas dentro de las que señalan González y Lobo (2001) y Gordon (2001) citado en Gómez J. (2007) *“El paciente nefrológico experimenta un empeoramiento de la salud física sintiendo un cansancio continuo, poca energía y disminución de la movilidad que conduce a una invalidez temporal o permanente”* (p. 1), así mismo intervienen en el transcurso de la enfermedad *el tiempo de espera* que vive el paciente en la Fundación para poder dar comienzo a la sesión del tratamiento que le corresponde, además, dicha sesión tiene una *duración* aproximada entre 2 y 4 horas lo que le provoca al paciente sentimientos de inutilidad e impotencia, fatiga, agotamiento, cansancio, inquietud, entre otros. Siguiendo con lo anterior, dentro de estos factores, también se encuentra *la dieta*, ya que el individuo es sometido a un cambio en su alimentación habitual puesto que se debe eliminar, disminuir y controlar el consumo de ciertos alimentos que en exceso podrían afectar su salud, finalmente encontramos el *transporte* como otro de estos factores, debido a que para algunos pacientes dentro de la fundación les queda difícil económicamente asistir a la misma los diferentes días de la semana (2 a 4 veces por semana) que le corresponden para realizar el tratamiento, pues se encuentran por fuera de la ciudad y al dejar de asistir a las sesiones terapéuticas se va afectando su salud, además Insaurralde, Leiva, Portillo, Baez, Cabral y Di Bernardo (2007) sustentan que *“hacer largos viajes para cumplir el tratamiento de Hemodiálisis, afecta la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes, en su calidad de interacción social (aislamiento e irritabilidad); en requerir mayor apoyo del staff de diálisis y en su rol emocional (que limita sus tareas cotidianas)”* (p. 227).

La frecuente presencia de estos factores que el paciente ve como una amenaza complica el problema y así lo sostienen Moreno, Arenas, Porta, Escalant, Cantó, Castell, Serrano, Samper, Millán y Cases (2004) *“Todos los pacientes en*

*hemodiálisis se encuentran dependientes de una máquina, un centro y un personal sanitario del que pende su vida, además de estar expuestos a otros factores de estrés como el turno, un transporte o una dieta”* (p. 21). En este sentido, el tratamiento de hemodiálisis y la enfermedad misma pueden convertirse para el paciente y su familia en una experiencia altamente estresante no sólo por las características inherentes a este, sino también por las limitaciones que representa, lo cual constituye un evento que ocasiona un importante desajuste adaptativo en las diferentes áreas en las que se desenvuelve el individuo (Calvanese, Feldman & Weisinger, 2004 citado en Contreras, Esguerra, Espinoza y Gómez, 2007). Así mismo, lo exponen Ojeda, Herrera, Fernández, Granda, Gallo, Frasset y Aterido (2000), la calidad de la interacción en el ámbito social del paciente de Hemodiálisis (HD) se ve disminuido, posiblemente debido al horario concreto del tratamiento que provoca en un plazo de tiempo, más o menos largo, el distanciamiento de amigos y de pareja con importante disminución de las posibilidades de una relación estable. Esto emocionalmente altera al paciente llevándolo a pensar que *“ya no va a ser el mismo y que toda su vida le cambio en su totalidad, es decir, su forma de vivir y trabajar”* (Peña y Paz, 1995 citado en Tobo y cols., 1995, p. 144). Es así como *“Muchos pacientes seleccionados para hemodiálisis han demostrado tener impulsos coercitivos autodestructivos y se comportan de modo suicida 400 veces más que la población general”, “esto se expresa por alejamiento del programa de tratamiento, falta de adhesión a la dieta prescrita, intentos suicidas directo y exposición a numerosos accidentes extra-hospitalarios”* (Kolb y Brodie, 1985 citado en Atencio y cols., 2004, p. 4), de igual manera puede deberse a la falta de aceptación del paciente frente a su enfermedad y su tratamiento además, se debe tener en cuenta el apoyo familiar, social, profesional o el apoyo institucional, que recibe el sujeto de acuerdo con la magnitud de sus necesidades, de tal forma que se establezca una cooperación firme pero sin que pierda su identidad y su capacidad de decidir con responsabilidad. Según (Viederman, 1974 citado en Atencio y cols., 2004), el éxito en el programa de hemodiálisis depende de la capacidad de la persona para

regresar a un estado de dependencia sin conflicto y de manera adaptativa, requiere énfasis en el auto cuidado permitiendo que el individuo tenga autonomía al actuar para mantener su salud y cumplir ciertas adaptaciones a la limitación que le causa la enfermedad.

### **4.3. Emociones**

La psicología aplicada a la nefrología puede ser entendida como una visión integrada del hombre en su unidad biológica y psicosocial, considerando su medio ambiente y su contexto sociocultural en el que se tienen en cuenta educación, creencias, religión, empleo, familia, sexo, edad, profesión, vivienda, alimentación, enfermedad física, tratamiento y sus repercusiones. Estos aspectos permiten una visión más comprensiva del paciente con su entorno, así como las relaciones con dichas variables. Por lo tanto, la psicología aplicada a la nefrología es la adecuación de los conocimientos psicológicos para una mejor y más completa comprensión del enfermo renal crónico, específicamente aquel en hemodiálisis, que presenta en su diagnóstico y tratamiento factores emocionales que permean, agravan o causan mayores dificultades en su vida (Bingaman, 1980 citado en Rudnicki, 2006) y en el caso particular ésta enfermedad crónica, que como tal, se considera fuente generadora de estrés, ya que trae consigo un proceso de deterioro continuo y constante de varios años que da como resultado el detrimento de la calidad de vida de la persona originando nuevas exigencias para ellas (Acosta, Chaparro y Rey, 2008). Otros autores, argumentan que los pacientes en hemodiálisis perciben un estado de salud y bienestar más deteriorado, un mayor detrimento en la calidad de su vida y hacen un uso inadecuado de las estrategias de afrontamiento (Cristovao, 1999, Sjudén y Lindqvist, 2000, Wolcott y Nisenson, 1988 citado en Contreras y cols., 2008).

En el caso de la hemodiálisis, se ha identificado que los pacientes que tienden a tener cambios emocionales hacen que el individuo *“sufra resquebrajamiento en su estado de salud general, generando reacciones emocionales tales como:*

*negación, rechazo, pasividad, ansiedad, ira, culpa, disminución de la autoestima por alteración de su imagen corporal, cambios permanente en su estilo de vida, suspensión de la vida laboral con reducción del círculo social y pérdida del poder adquisitivo, y cambios en su tiempo libre que, con frecuencia aparece vacío” (Saad y cols., 2007, p. 62). López, Gómez y González (2000), exponen que “los problemas psíquicos más comunes en este tipo de población son la depresión, los cuadros de ansiedad, los procesos fóbicos y ritualísticos, la indiferencia afectiva, que repercuten en conductas escasamente cooperativas, negatividad, irritabilidad u otras alteraciones del estado anímico” (p. 22).*

En algunas investigaciones se evidencia el planteamiento anterior, Zahonero (1984) citado en Matorrelli y Mustaca (2004), encontró, en una muestra de 76 sujetos, correlaciones demográficas con síntomas psicológicos que mostraron que la tendencia hacia la depresión era más intensa entre personas mayores de 26 años, casados, no religiosos y que habían estado más de un año en hemodiálisis; según Zahonero y Miñaro, 1985 citado en Matorrelli y cols., 2004) encontraron que los mayores valores de ansiedad correspondían a sujetos de entre 10 y 20 años, en los primeros meses de hemodiálisis. En ésta misma línea (Christensen & Ehlers, 2002; Oto, Muñoz, Barrio, Pérez, & Matad, 2003; Valderrabano, Jofre & López-Gómez, 2001 citado en Contreras y cols., 2007), plantean que algunas de las problemáticas más comunes que afectan la calidad de vida relacionada con la salud en el paciente con insuficiencia renal son la depresión, la ansiedad y la incertidumbre acerca del futuro a lo que plantean Gil, et al. (2003) citado en Contreras y cols., (2007), que se ha asociado con una mayor tasa de mortalidad. De igual forma, un estudio realizado en la universidad de San Luis, Argentina señala que *“estos pacientes suelen presentar diversos grados de alteraciones emocionales, tales como ansiedad y depresión, asociadas a la sintomatología orgánica, a las limitaciones impuestas por la IRC y al tratamiento de HD. La intensidad de las reacciones emocionales varía de un paciente a otro dependiendo de la valoración cognitiva que realice del impacto de la enfermedad renal y la HD,*

sobre sus condiciones de vida; también se relaciona con las habilidades individuales para adaptarse a la condición de dependencia del programa de hemodiálisis” (Álvarez-Ude, Fernández-Reyes, Vázquez, Mon, Sánchez & Rebollo, 2001 citado en Paéz y cols., 2008, p. 118).

Lo anteriormente expuesto, puede apoyarse en el planteamiento de Aaron Beck sobre la terapia cognitiva en donde postula que las emociones de las personas están influidas por su percepción de los eventos, *“no es una situación en y por sí misma la que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en que ella interpreta la situación”* (Ellis, 1962; Beck, 1964 citado en Verástegui, 2004, p. 1). Por tal motivo, es factible en ésta investigación evaluar en los pacientes de la Fundación Renal de Colombia dentro de sus emociones la ansiedad y depresión que estos manejan al momento de encontrarse en el procedimiento de hemodiálisis, definiendo la **Ansiedad** como un *“Estado emocional subjetivamente desagradable caracterizado por sentimientos molestos tales como tensión o nerviosismo y síntomas fisiológicos como palpitaciones cardíacas, temblor, náuseas y vértigo”* (Beck, 1985 citado en Psicocentro, 2003, p.2), y sus primeras reacciones pueden manifestarse después de los 25 años de edad, según lo exponen (Esquivel, Buendía, Villa, Ontiveros, Velazco y Martínez, 2007).

Según la SEAS (Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés) (s.f), la ansiedad es una emoción natural, presente en todos los humanos, que resulta muy adaptativa, pues nos pone en alerta ante una posible amenaza; sin embargo, a veces se vive como una experiencia desagradable (emoción negativa), especialmente cuando alcanza una elevada intensidad, que se refleja en fuertes cambios somáticos, algunos de los cuales son percibidos por el individuo; además, ésta reacción, cuando es muy intensa, puede provocar una pérdida de control sobre nuestra conducta normal, de ésta manera afirman (Tobal, 1990 y Cano, 2003 citado en Castro y Carrillo, s.f) *“que la ansiedad se presenta como efecto de eventos externos e internos que provocan alteraciones fisiológicas, cognitivas y conductuales”* (p. 7), afirmando Beck (1985), citado en

Psignos (2003), que el elemento crucial en los estados de ansiedad, es un proceso que puede tomar la forma de un pensamiento automático o imagen que aparece rápidamente, como un reflejo, después de un estímulo inicial (por ejemplo: respiración entrecortada), aparentemente creíble y seguida por una ola de ansiedad, ya que los individuos que experimentan dicha emoción tienden a sobreestimar el grado de peligro futuro y la probabilidad de daño. Desde luego, un pensamiento o imagen específica no es siempre identificable. En tal caso, es posible inferir que un esquema cognitivo con un significado relevante al peligro ha sido activado.

De otro lado, la ansiedad se caracteriza por una sensación de aprensión vaga, difusa y desagradable que puede estar acompañada de síntomas autonómicos (cefalea, sudoración, palpitaciones, opresión precordial y leves molestias estomacales). Puede presentarse incapacidad para estar en un mismo sitio durante mucho tiempo. La sintomatología varía en cada sujeto. Hace cien años, Sigmund Freud acuñó el término “neurosis de ansiedad” (Kaplan, 1996, citado en Atencio y cols., 2004), relacionada no sólo con los trastornos psicofisiológicos, sino también con otros trastornos físicos, tal es el caso de algunos trastornos del sistema inmune (cáncer, artritis reumatoide, etc.), o en algunas dolencias crónicas (SEAS, s.f). Por su parte, Beck (1985), habla de un programa ansiogénico, en el cual clasifica la respuesta en tres niveles: 1. Cambios en las respuestas automáticas; 2. Inhibición Comportamental y 3. Scanning selectivo e incrementado del ambiente para la búsqueda de posibles fuentes de peligro (Psignos, 2003). Así mismo, éste autor se refiere a tres tipos de ansiedad: la de control, la cual se relaciona con el pánico, la ansiedad generalizada, la fobia específica, el estrés postraumático y la hipocondriasis; la de aceptación, en la que se encuentra el trastorno de ansiedad por separación; y finalmente, la de rendimiento donde el trastorno Obsesivo-compulsivo y el trastorno de ansiedad por separación van de la mano (Bustamante, 2003).

De acuerdo a lo que se busca en ésta investigación, Beck (1983) citado en Carré (2006), considera que la **Depresión** se caracteriza por procesos negativos distorsionados de la información del entorno, una visión negativa del Yo y del futuro, lo cual conduce al resto de síntomas afectivos, conductuales, motivacionales y fisiológicos que determinan el síndrome depresivo. Además, se maneja pérdida de energía e interés, sentimientos de culpa, dificultades de concentración, pérdida de apetito y pensamientos de muerte o suicidio. La depresión, es una de las alteraciones psíquicas que afecta a los pacientes con IRC (Levenson y Glocheski, 1991 citado en Atencio y cols., 2004), debido a que ésta puede estar relacionada con los cambios en el estilo de vida que lleva consigo el tratamiento y que lleva al paciente a perder el interés por las actividades que ejercía antes de ser diagnosticado.

En lo que respecta a la depresión frente a la IRC, Alarcón (2004), la considera como *“la alteración psiquiátrica más común en estos pacientes especialmente los tratados en hemodiálisis debido a que ésta puede tener efectos adversos sobre los resultados y eleva las tasas de morbilidad, dado que influye negativamente sobre diversos factores emocionales y somáticos del paciente, definitivos para su recuperación”* (p. 1). De igual forma, Alarcón (2004), añade que la depresión puede ser una respuesta ante una pérdida y los pacientes con IRC han sufrido múltiples pérdidas rol familiar y laboral, función renal, habilidades físicas, cognitivas, funcionamiento sexual, entre otras. Los pacientes deprimidos no se adhieren al tratamiento completamente, alteran sus relaciones interpersonales y afectivas, se perciben a sí mismos como abandonados (que nadie los quiere y el apoyo emocional que reciben es poco) y perciben que la interferencia de la enfermedad en su calidad de vida es muy grande, por lo cual se ha asociado a la DM (Depresión Mayor), con una incrementada mortalidad de estos pacientes. (Alarcón, 2004). En éste punto cabe resaltar, la relación que hay entre la psicología y la depresión en cuanto a que ésta disciplina focaliza sobre la idea de impotencia como un factor clave del estado depresivo, puesto que la misma

contempla la depresión como una reacción a la pérdida. Así, ésta entidad no es solo un trastorno del humor sino de igual forma una representación mental (González, 2003). Es aquí donde se destaca Bleichmar (2003) citado en González (2003), quien da prominencia a la representación que el individuo tiene de sí mismo como incapaz de satisfacer sus deseos y alcanzar sus objetivos subrayando el estado de impotencia y desesperanza como un aspecto clave.

Estas emociones tienen mayor efecto sobre la calidad de vida en los pacientes hemodializados (Valderrabano, Jofre & López-Gómez, 2001; Oto, Muñoz, Barrio, Pérez, & Matad, 2003), y existe evidencia de que estos estados emocionales afectan de manera notable el bienestar de los pacientes, y repercuten en las tasas de mortalidad en esta población (Gil et al., 2003), debido a las limitaciones impuestas por la enfermedad y su tratamiento (Hersh-Rifkin & Stoner, 2005 citado en Contreras, Esguerra, Espinosa, Gutiérrez y Fajardo, 2006).

Por todo lo anterior, el apoyo emocional es primordial para la relación que mantiene el individuo con su enfermedad, puesto que la cronicidad de la misma los vuelve aún más vulnerables a manifestar trastornos emocionales. Por lo tanto, el acompañamiento durante los procesos de enfermedad y tratamiento ayudará al individuo a adaptarse más fácilmente a su nuevo estilo de vida; si esto no sucede el paciente generará acciones negativas contra sí mismo que le harán más difícil el manejo de las nuevas condiciones de vida. *“Las enfermedades crónicas y terminales son padecimientos que generalmente afectan la calidad de vida de los sujetos que la padecen. Las consecuencias y los tratamientos de ellas requieren de un cambio sustancial del estilo de vida de los pacientes que comprometen todas las habilidades afectivas, conductuales, sociales y de pensamiento que puede o no tener una persona para afrontar situaciones adversas en su vida”* (Oblitas, 2006, p. 251). Es de esta manera como Mera (2007), encontró en la investigación sobre calidad de vida en 22 pacientes en tratamiento de hemodiálisis que *“respecto al rol emocional la mayoría de los pacientes (54,5%), la califica como regular, es decir, que algunas veces los problemas emocionales interfieren*

*en el trabajo u en otras actividades, incluyendo reducción del tiempo dedicado a estas, rendimiento menor y disminución del esmero en el trabajo” (p. 35). Investigaciones realizadas han demostrado que tanto la IRC como sus tratamientos afectan en gran medida las áreas de desempeño de los pacientes, especialmente a nivel emocional, cognitivo, físico y social, lo que altera de manera notable su calidad de vida global (Cidoncha et al., 2003 citado en Acosta y cols., 2008, pp. 10-11), estos cambios como lo dice (Álvarez et al; 2001 citado en Acosta y cols., 2008) “están estrechamente relacionado con la aparición de trastornos emocionales en estos pacientes” (p. 11).*

#### **4.4. Programa de intervención cognitivo-conductual**

Es importante reconocer el quehacer del profesional en psicología y de la función que este cumple al generar bienestar en el individuo y para que este se dé satisfactoriamente es necesario implementar estrategias que lo incrementen como lo propone Contreras y Oblitas (s.f.), a través de la terapia cognitivo-conductual que es uno de los procedimientos terapéuticos más utilizados y que son estandarizados, directivos, ordenados, científicamente comprobados y que generan resultados a corto plazo. La terapia cognitiva asume como aspecto central para la adaptación y la supervivencia del ser humano, la habilidad para procesar información y formar representaciones mentales de uno mismo y de su entorno, estableciendo como actividad principal del procesamiento, la asignación de significado (Clark & Beck, 1997 citado en Gómez, Y, 2007). Por lo tanto, enfatiza que las conductas y las emociones están mediadas cognitivamente, y concibe la cognición en tres niveles: los esquemas (nivel más profundo), las creencias intermedias (suposiciones, reglas y actitudes organizadas alrededor de los esquemas) y los pensamientos automáticos (producto cognitivo del procesamiento de la información, nivel consciente y pre-consciente) (Beck, 1995; Padesky & Greenberger, 1995; Riso, 2006 citado en Gómez, Y, 2007). La terapia cognitiva (C.T) es un sistema de psicoterapia que mantiene que la percepción y la

estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta (Beck, 1967 y 1976 citado en Ruiz y Cano, s.f.).

Por su parte, los programas de intervención cognitivos-conductuales están basados en las técnicas cognitivas-conductuales, las cuales aplican los principios de los procesos cognitivos sobre el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta (Sánchez, Rosa y Olivares, 1999). En lo que se refiere a la eficacia de las terapias cognitivo-conductuales en el tratamiento de la depresión, Orellana y Munguía (2008), sostienen que *“la terapia cognitivo-conductual ha demostrado buenos resultados”* (p. 10) y existen numerosos estudios controlados, aleatorizados y de metaanálisis (Butler, Chapman, Forman et al., 2006), que sustentan la eficacia de ésta terapia y la consideran tan efectiva como las terapias con psicofármacos al final del tratamiento. *“Ésta eficacia se ha demostrado en ámbitos de atención primaria (Merrill, Tolbert, & Wade, 2003), en pacientes con depresión moderada y grave (DeRubeis et al., 1999; Cuijpers, van Lier, van Straten, & Donker, 2005; Hollon et al., 2005) y, además, resulta un tratamiento eficiente en términos de costes y funcionamiento en contextos clínicos reales”* (Hollon et al., 2005) Citado en (Vásquez, Hernangómez y Hervàs, s.f, p. 3), por lo que ha demostrado ser de gran valor como parte del tratamiento biopsicosocial de muchos cuadros mentales, y entre ellos la enfermedad depresiva. Su fundamento es doble; se basa en la psicología cognitiva de Beck y en los principios del aprendizaje clásico, operante y vicario (Manzanera-Escarti, Ibañez-Tarín, Scoufalos y Arbesú-Prieto, 2008).

En lo que se refiere, a la aplicación de programas de este tipo a pacientes crónicos renales, sus aportes han sido realmente significativos, como se mencionan en la *41ª Reunión Anual de la Sociedad Americana de Nefrología*, evento en el que se expuso el primer estudio clínico controlado sobre la aplicación de un programa de tratamiento cognitivo-conductual en 85 pacientes con enfermedad renal en etapa terminal que estaban siendo sometidos a hemodiálisis y diagnosticados con depresión. La mitad de los pacientes recibieron el

tratamiento durante tres meses con sesiones semanales de 90 minutos de duración, las cuales tenían como eje central aspectos relacionados con la enfermedad renal y sus efectos en la vida diaria, la depresión, técnicas de afrontamiento, técnicas de reestructuración cognitiva, actividades de relajación y mejora de habilidades sociales, entre otras, dando como resultados mejoras significativas en las medidas de depresión, funcionamiento cognitivo y calidad de vida, al compararlos con el grupo control (Infocop, 2008).

Con base en diversas revisiones sobre la implementación de programas cognitivo-conductuales, se ha podido evidenciar que estos al ser aplicados en cualquier población consiguen la disminución efectiva de las variables que se pretenden evaluar, es así como en un estudio del área de medicina conductual de la Facultad de Psicología de la UNAM (Rodríguez y Jean, 2004 citado en Contreras y Oblitas, s.f.), un grupo de psicólogos encuestaron a 50 científicos destacados en el área de la salud, de diversas instituciones educativas e institutos nacionales, sobre las técnicas de intervención más frecuentemente aplicadas. El estudio comprobó que los procedimientos de intervención cognitivo conductual son en un 61% los más usados, por ser técnicas confiables y válidas de manera empírica. teniendo como soporte el sustento que brinda (Suárez, 1989 y Ellis, 1993 citado en Castro y Carrillo, s.f.), quienes afirman que el enfoque cognitivo-conductual para transformar los pensamientos distorsionados sobre sí mismo, ha sido el tratamiento con mayor efectividad, por lo tanto es importante aplicar programas de este tipo en lo referente a la promoción y prevención en salud en instituciones públicas y privadas (Arrivillaga, *et al.*, 2006; Holguín, *et al.* 2006; Gutiérrez, 2001; Herrera y Cáceres, 1992, 1993, 1994, 1996, 1999, 2001; Varela, *et al.*, 2006 citado en Arrivillaga, Varela, Cáceres, Correa y Holguín, 2007), ya que éste mismo autor al emplear un programa cognitivo conductual para disminuir los niveles de presión arterial, el nivel de estrés y la adherencia al tratamiento, a partir de un estudio cuasi-experimental de medidas pre y post, logró respaldar a través de los

resultados la eficacia de estas intervenciones y detectar el impacto del programa mediante estudios de seguimiento que constatan la efectividad del mismo.

Es de acuerdo a la aplicación de las intervenciones cognitivo-conductuales que *“estos programas son multicomponentes y se orientan al desarrollo de habilidades prácticas que permitan no sólo el cumplimiento de citas médicas y la toma de medicamentos, sino de actitudes y conductas que vinculen al paciente activamente con todo el proceso del tratamiento (Amigo, Fernández y Pérez 1998; Cáceres, 2004; Holguín, et al., 2006; Lyngcoln, Taylor, Pizzari y Bakus, 2005; Samper y Ballesteros, 1999 citado en Arrivillaga, y cols., 2007, p. 45).*

Cabe mencionar también, un estudio sobre 98 varones enfermos de corazón, que evalúa la efectividad de un tratamiento cognitivo-conductual especialmente en el factor prisa-impaciencia valorado por entrevista estructurada y en ansiedad-rasgo, arrojando como resultado la reducción de la ansiedad pues quienes participaron en el programa habiendo partido de unos niveles de ansiedad-rasgo centil 55, durante el seguimiento mostraron una puntuación de 25 en varones adultos, llevando a la conclusión de que el programa consiguió modificar las variables propuestas acordes con el contenido del programa diseñado (Del pino, Gaos, Dorta y García, 2004).

La terapia cognitivo -conductual como proponen Contreras y Oblitas (s.f.) utiliza una mezcla de técnicas de modificación de conducta y de procedimientos verbales, para corregir las conductas desadaptativas, las distorsiones cognoscitivas y los errores habituales y específicos. Estas técnicas están diseñadas para ayudar al paciente en la identificación y corrección, asumiendo que si se piensa y se actúa en forma más realista y adaptativa con énfasis en el "aquí y el ahora" de los problemas, tanto situacionales como psicológicos, se espera que el paciente experimente una mejoría en los síntomas y en consecuencia, en la conducta. El paradigma de la psicología cognitiva (y las terapias cognitivas) consiste en el principio de la mediación cognitiva.

Sintéticamente: La reacción (o respuesta emotiva o conductual) ante una situación (o estímulo) está mediada por el proceso de significación (o evaluación) con relación a los objetivos (metas, deseos) de cada persona. Las estructuras cognitivas, generalmente denominadas esquemas, que dan lugar a las evaluaciones y a las respuestas, son el resultado de predisposiciones genéticas y del aprendizaje generado por medio de las experiencias vividas, propias de cada persona. Por lo tanto, toda terapia implicará una modificación de éstas estructuras con la consiguiente modificación de las evaluaciones, que logrará una modificación de las respuestas (emotivas y/o conductuales). De ésta manera, sin desconocer el enfoque médico biológico de los trastornos, sino sumándose al mismo, este modelo psicoterapéutico aporta al proceso de cambio el concepto de re-aprendizaje.

La Terapia Cognitivo Conductual tiene tres principios importantes, enfocados cada uno de ellos en el paciente. Dichos principios son los que postulan Contreras y Oblitas (s.f.):

1. Un paciente tratado bajo ésta terapia, debe aprender a distinguir entre la realidad y la percepción de esa misma realidad.
2. Ésta percepción de la realidad se ve modificada y está sujeta a diversos procesos de aprendizaje, que son en sí mismos fruto del error.
3. Lo anterior supone conseguir que el paciente asuma y contemple sus creencias como hipótesis que se pueden convertir en un fenómeno sujeto a verificación, negación y modificación.

Además Jaén (s.f.) expone que la Terapia Cognitivo-Conductual está regida por una serie de principios básicos:

**Terapia enfocada a la conducta y a las cogniciones:** Ésta terapia enfatiza en las conductas actuales y en los pensamientos conscientes, su objetivo es modificar tanto la conducta y las cogniciones. Está basada en el supuesto que los cambios en las conductas y cogniciones producirán cambios en los sentimientos y emociones.

**Orientada en el presente:** Se enfatiza principalmente en como las pensamientos actuales, la conducta, los beneficios y los castigos mantienen patrones disfuncionales.

**Terapia de corta duración:** Los formatos de terapia cognitiva toman menos de 20 sesiones con altos índices de eficacia.

**Enfatiza en la medición:** La terapia cognitiva procura medir los cambios a través de evaluar la frecuencia, duración intensidad y severidad de síntomas específicos.

**Responsabilidad:** Los progresos son evaluados constantemente durante el curso de la terapia, tanto por el terapeuta como por el paciente.

**Colaboración:** La colaboración entre el terapeuta y el paciente es indispensable.

**Didáctica:** la terapia visualiza al paciente como a un estudiante, se recomienda lecturas, cintas de audio y vídeo e incluso el terapeuta sirve de modelo para conductas y pensamientos adecuados, se espera que entre más el paciente sabe, mejor podrá enfrentarse con sus problemas.

**Se estimula la independencia del paciente:** Su principal objetivo consiste en sacar al terapeuta del negocio. Esto lo logra al enseñar al paciente técnicas de auto ayuda, juego de papeles, tareas para la casa, incremento de la asertividad, resolución de problemas.

**Modelo del Cliente:** Al paciente se le trata como a un cliente. De tal forma que como tal se le explica los costos y beneficios de la terapia.

**Apuntar al síntoma:** Se dirige a modificar los síntomas específicos, el propósito es incrementar o disminuir las conductas, pensamientos, sentimientos o interacciones específicas.

**Rechazo a la sustitución de síntomas:** La terapia cognitiva rechaza la idea que los síntomas al ser eliminados son sustituidos por otros. Se enfatiza que al eliminar o reducir síntomas en una área conducirá al mejoramiento en otras.

**Cambios Continuos:** Los cambios son vistos como un proceso acumulativo, en toda sesión se le pide al paciente que ensaye los pensamientos y conductas aprendidas y que practiquen las mismas en casa.

**Rechazo del concepto de Disposición al Cambio:** Éste enfoque rechaza la idea de que el paciente debe de estar listo para el cambios, más bien dice a sus paciente que actúen como si ya hubiesen cambiado, incluso se insiste en esto con pacientes que manifiesten inconformidad.

**Reto a la posición del Paciente:** Confrontar al paciente con la idea de que hay alternativas a su usual patrón de comportamientos.

**Enfocado a Resolver Problemas:** Cada sesión es vista como una oportunidad para hacer progresos en la solución de problemas más que solo ofrecer la oportunidad de ventilar problemas emocionales.

**Planes de Tratamiento:** Cada intervención obedece a un plan de intervención estructurado el cual incluye sus constantes evaluaciones.

**Continuidad del Tratamiento:** Al utilizar un plan de tratamiento en cada sesión se revisan las tareas asignadas, el problema del día y el plan para la próxima semana.

**Desmitificando la Terapia:** Utilizando planes de tratamiento, modelamiento, juego de papeles, tareas y la responsabilidad el paciente es dirigido dentro de una relación de colaboración con el terapeuta.

**Retroalimentación del Paciente:** Ésta modalidad ayuda a ir corrigiendo las estrategias utilizadas, cada paciente es único.

**Tratamientos Basados en la Investigación:** La terapia cognitiva ha sido evaluada a través de una gran cantidad de estudios en una variedad de trastornos que incluyen: depresión, ansiedad, entre otros.

## **5. METODOLOGÍA**

### **5.1. Tipo de investigación:**

**Cuantitativa:** Utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población. Los estudios cuantitativos se asocian con los experimentos, las encuestas con preguntas cerradas o los estudios que emplean instrumentos de medición estandarizados buscando comprender su fenómeno de estudio en su ambiente usual (como vive, se comporta y actúa la gente; que piensa; cuales son sus actitudes, etc.). La investigación cuantitativa ofrece la posibilidad de generalizar los resultados más ampliamente, otorga control sobre los fenómenos y un punto de vista de conteo y magnitudes de éstos. Así mismo, brinda una gran posibilidad de réplica y un enfoque sobre puntos específicos de tales fenómenos, además de que facilita la comparación entre estudios similares (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

## **5.2. Paradigma empírico-analítico :**

El trabajo científico según éste paradigma tiene como finalidad esencial el establecimiento de leyes generales por las que se rigen los fenómenos. Según ésta concepción dichas leyes pueden ser descubiertas y descritas objetivamente y permiten explicar, predecir y controlar el fenómeno objeto de estudio. Así mismo, el investigador es considerado un agente externo, que se desempeña como experto de una elevada calificación profesional, es reconocido como sujeto y determina el objeto de estudio, por lo cual genera la idea investigativa desde fuera, sin tomar en consideración las inquietudes y expectativas del grupo de personas implicadas en la investigación, se le exige "neutralidad" en las valoraciones. Los investigados son considerados como "objeto" de la investigación (Ramírez, s.f).

## **5.3. Diseño:**

**Transeccional Descriptivo:** su objetivo es indagar la incidencia y los valores en que se manifiestan una o más variables (dentro del enfoque cuantitativo) o ubicar, categorizar y proporcionar una visión de la comunidad, un evento, un contexto, un fenómeno o una situación (describirla, como su nombre lo indica, dentro del enfoque cuantitativo) que nos presentan un panorama del estado de una o más variables en uno o más grupos de personas, objetos o indicadores en un punto en el tiempo. (Hernández y cols., 2003). En este caso se utilizó un estudio de este tipo por las medidas que se realizaron sobre los niveles del estado del ánimo y las respuestas de ansiedad, para tener evidencias sobre lo reportado por los profesionales de la salud de la Fundación, antecedentes científicos consultados y con base en ello se diseñó la propuesta de intervención como producto de la investigación.

#### **5.4. Población**

La población estuvo constituida por 30 pacientes (16 hombres, 14 mujeres) de 25 a 45 años de edad, que asisten a la Fundación Renal de Colombia y que se encuentran en tratamiento de hemodiálisis. Su selección se basó en un tipo de muestreo intencionado o muestreo de conveniencia que consiste en la elección por métodos no aleatorios de una muestra cuyas características sean similares a las de la población objetivo. En este tipo de muestreos la “representatividad” la determina el investigador de modo subjetivo, siendo este el mayor inconveniente del método, ya que no podemos cuantificar la representatividad de la muestra (Casal y Mateu, 2003).

#### **Criterios de inclusión**

- Pacientes con mínimo 1 año en tratamiento de hemodiálisis. Algunas investigaciones muestran que las respuestas emocionales son normales en las primeras etapas de adaptación a la hemodiálisis; *“se ha evidenciado que los pacientes en hemodiálisis que llevan más tiempo en tratamiento obtienen puntajes más altos en las estrategias de afrontamiento del problema (Baldree y cols., 1982) y de manejo de las emociones, específicamente la planeación, el afrontamiento activo, la búsqueda de apoyo emocional y las creencias religiosas (Calvanese y cols., 2004 citados en Contreras y cols., 2008). A partir de este postulado se va a tener presente este criterio de selección, ya que los pacientes después de un año en el tratamiento deben tener una mayor aceptación de la enfermedad y manejo de sus emociones. (Contreras y cols., 2007), por consiguiente, se sustenta que “en gran parte de las investigaciones que estudian la influencia del tipo de tratamiento sobre los trastornos psicológicos del sujeto exigen como requisito que los enfermos hayan*

*permanecido en diálisis por lo menos un año, ya que éste parece ser el tiempo medio de adaptación a la nueva situación, después de superar el desconcierto inicial”* (Zahonero, 1986 citado en Magaz, 2003, p. 27).

- Pacientes entre 25 a 45 años de edad. En estudios que se han encontrado se expone que *“en cuanto a la variable edad, la ansiedad en los pacientes más jóvenes esta aproximadamente entre los 25 y 45 años, lo que suele explicarse por el hecho de que en este intervalo de edad existen más responsabilidades”* (Gentry y Davis, 1972; Zahonero, 1986 citado en Magaz, 2003, p. 53). De igual manera en un estudio que realizaron Páez y cols., (2008). Investigaron los niveles de ansiedad y depresión en 30 pacientes de edades comprendidas entre 25 y 85 años con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis.

## **5.5. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN**

La encuesta socio-demográfico para adultos que padecen Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de Hemodiálisis: consta de 14 ítems que evalúan los aspectos socio-demográficos tales como: edad, sexo, educación, estrato socioeconómico, ocupación, estado civil, fecha y lugar de nacimiento, lugar de residencia, tratamiento en el que se encuentra y tiempo del mismo, enfermedades alternas con la patología. Este instrumento fue diseñado por los investigadores para tal fin. (Ver anexo 1).

### **INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BECK DEPRESSION INVENTORY BDI)**

El inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory BDI) tiene su nombre gracias a este mismo Autor Aaron Beck; su adaptación al castellano fue validada por Conde y cols., en 1975, este tipo de inventario está estructurado para tres formas de aplicación: Individual, colectiva y autoadministrable; el promedio de

edad a la cual se puede aplicar es de 13 años en adelante, consta de un tiempo de aplicación de 10 o 15 minutos y las normas de la puntuación varían según la severidad de la depresión; El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos, este instrumento es utilizado en pacientes con diagnóstico clínico de depresión, y proporciona una estimación adecuada de la gravedad o intensidad sintomática, es ampliamente utilizado en la evaluación de la eficacia terapéutica por su sensibilidad al cambio por parte del programa de terapia (Ver anexo 2).

El BDI sirve para la presente investigación, ya que siguiendo la *“última recomendación, Sacks, Peterson y Kimmel (1990) y Shidler et al. (1998), citado en Magaz, (2003) al utilizar el Inventario de Depresión de Beck, han analizado de modo independiente dos factores. El primero, incluye las preguntas que se refieren a síntomas cognitivos, y el segundo las referidas a síntomas físicos”* (p. 63). También se encontró que éste instrumento fue utilizado en una tesis de psicología en la que se evaluó la relación entre el nivel de inteligencia emocional y el nivel de depresión en los pacientes de la unidad de hemodiálisis del Hospital Víctor Lazarte Echegaray de la ciudad de Trujillo destacando el postulado de (Beck, 1983 citado en Carré, 2006) quien *“considera que la depresión se caracteriza por procesos negativos distorsionados de la información del entorno, una visión negativa del Yo y del futuro, el cual conduce al resto de síntomas afectivos conductuales, motivacionales y fisiológicos que caracterizan el síndrome depresivo”* (p. 22).

Dentro del inventario se pueden evaluar los siguientes síntomas:

### **Afectivos**

- Tristeza: La mayoría de los pacientes depresivos suelen informar de un cierto grado de tristeza e infelicidad. Algunos pacientes experimentan periodos alternantes de tristeza en cuanto otros no. Los pacientes pueden describir estos sentimiento en términos de sensaciones corporales o a través de expresiones como “no puedo soportar este sentimiento” etc.

- **Cólera Inducida:** la experiencia de ida también puede contrarrestar los sentimientos de tristeza del paciente.
- **Distracción:** Los pacientes pueden valerse de la distracción para reducir la mayoría de los sentimientos dolorosos en forma temporal.
- **Humor:** El humor suele ser un buen distractor de los sentimientos de tristeza del paciente, ya que muchos de ellos conservan el sentido del humor a pesar de su falta de alegría.
- **Limitación de las expresiones de disforia:** las personas aquejadas de problemas psíquicos suelen sentirse aliviadas cuando comentan su sufrimiento con otras personas. Al comentar con otros sus problemas, los pacientes se están centrando innecesariamente en sus sentimientos de tristeza.
- **Periodos de llanto incontrolable:** estos son un síntoma frecuente en la depresión. Habitualmente se da más en las mujeres. Los pacientes luego de haber llorado pueden sentirse mejor, pero generalmente lo que sucede es que se deprimen aun más.
- **Sentimiento de culpabilidad:** el sentimiento de “estar haciendo las cosas mal” se basa en patrones arbitrarios e idiosincráticos. Estos sentimientos están motivados por una supuesta infracción de los cogidos ético o moral por parte del paciente.
- **Vergüenza:** muchos pacientes sienten vergüenza a causa de una aspecto “socialmente indeseable” de su personalidad o de su conducta. La vergüenza surge de la creencia del paciente de que le juzgan como infantil, débil, loco, o en general inferior.
- **Cólera:** este periodo de cólera suele ser de corta duración e indica que el paciente está progresando.

## **Motivacionales**

- Pérdida de la motivación positiva e incremento de la tendencia a la evitación: El paciente sabe lo que tiene que hacer, pero no tiene el deseo o estímulo interno para hacerlo. La pérdida de motivación positiva puede ir acompañada de una fuerte tendencia a evitar actividades constructivas.
- Dependencia: el paciente suele presentar una marcada tendencia a pedir ayuda a los demás para realizar sus actividades cotidianas. Este deseo de ayuda, que puede tomar la forma de quejas o exigencias, generalmente excede la necesidad real de ayuda al paciente.

### **Cognitivos**

- Indecisión: frecuentemente la toma de decisiones para los pacientes constituye un problema ya que en muchos casos prevé que los resultados van a ser negativos.
- Autocrítica: el paciente tiende a interpretar cualquier deficiencia suya como la causa de sus problemas psicológicos.
- Pensamiento absolutista: Los pacientes tienden a ser juicios categóricos y los significados que atribuyen a sus experiencias suelen ser extremos, unidimensionales y absolutistas.
- Problemas de memoria y dificultad para concentrarse: El paciente es incapaz de recordar la información porque no se concentra en el material que debe aprender.

### **Conductuales**

- Pasividad, evitación e inercia: se ha interpretado históricamente como una forma de inhibición neurofisiológica: lentitud psicomotriz.
- Problemas de habilidades sociales: es posible que el paciente evite a los demás o bien que se someta a sus deseos.

## **Fisiológicos**

- Alteraciones del sueño: se incluyen la dificultad para conciliar el sueño, las interrupciones frecuentes del mismo y despertar demasiado temprano por la mañana.
- Alteraciones sexuales y del apetito: ambos síntomas parecen ser manifestaciones de la pérdida del placer generalizada que experimenta el paciente en relación con cualquier actividad.

## **BAI (INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK)**

El BAI (Beck Anxiety Inventory) fue desarrollado por Beck en 1.988, con objeto de poseer un instrumento capaz de discriminar de manera fiable entre ansiedad y depresión. Fue concebido específicamente para valorar la severidad de los síntomas de ansiedad.

Está basado en los cuestionarios Situational Anxiety Checklist (SAC), The Physician's Desk Reference Checklist (PDR) y The Anxiety Checklist (ACL).

Es un inventario auto-aplicado, compuesto por 21 ítems, que describen diversos síntomas de ansiedad. Se centra en los aspectos físicos relacionados con la ansiedad, estando sobre-representado este componente. Los elementos que lo forman están claramente relacionados con los criterios diagnósticos del DSM-IV.

Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a “en absoluto” 1 a “levemente, no me molesta mucho”, 2 a moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo” y la puntuación 3 a “severamente, casi no podía soportarlo”. La puntuación total es la suma de las de todos los ítems (si en alguna ocasión se eligen 2 respuestas se considerará sólo la de mayor puntuación. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual. (Ver Anexo 3).

**Síntomas cognitivos:**

- Preocupación
- Temor
- Inseguridad
- Dificultad para decidir
- Miedo
- Pensamientos negativos sobre uno mismo
- Pensamientos negativos sobre nuestra actuación ante los otros
- Temor a que se den cuenta de nuestras dificultades
- Temor a la pérdida del control
- Dificultades para pensar estudiar, o concentrarse, etc.

**Síntomas Fisiológicos:**

- Sudoración
- Tensión muscular
- Palpitaciones
- Taquicardia
- Temblor
- Molestias en el estómago
- Otras molestias gástricas
- Dificultades respiratorias
- Sequedad de boca
- Dificultades para tragar
- Dolores de cabeza
- Mareo
- Náuseas
- Molestias en el estómago
- Tiritar, etc.

### **Síntomas Motores:**

- Evitación de situaciones temidas
- Fumar, comer o beber en exceso
- Intranquilidad motora (movimientos repetitivos, rascarse, tocarse, etc.),
- Ir de un lado para otro sin una finalidad concreta
- Tartamudear
- Llorar
- Quedarse paralizado, etc.

## **5.6. PROCEDIMIENTO**

Para llevar a cabo los objetivos del proyecto de investigación se tuvieron en cuenta las siguientes fases:

### **Fases de investigación**

**1 FASE: Caracterizar:** En ésta fase se llevó a cabo la aplicación de la ficha socio-demográfica y los instrumentos a los 30 participantes, para evaluar las emociones (Ansiedad y depresión) que presentan cada uno de los pacientes en el tratamiento de hemodiálisis, este proceso tuvo una duración de dos semanas y realizó dentro de la sala de hemodiálisis de forma individual.

**2 FASE: Análisis de resultados:** Partiendo de la evaluación realizada a cada uno de los pacientes, se llevó a cabo la interpretación individual de cada una de las pruebas con el fin de realizar el diagnóstico y conocer las condiciones socio demográficas y emocionales de cada uno de los sujetos que conformaron la población objeto de estudio.

**3 FASE: Diseño del programa de intervención cognitivo-conductual:** Con base en los resultados obtenidos en la fase anterior, se estructuró el contenido

teórico, estrategias, técnicas, objetivos y formas de control de seguimiento de las sesiones del programa, el cual tuvo como objetivo brindar a los pacientes herramientas destinadas al manejo y control de las emociones que presentan dentro de la sala de tratamiento. Del mismo modo, se desarrolló el manual de aplicación del programa y las fichas de control de seguimiento.

El esquema consta de 13 sesiones, 1 por semana, con una duración de 90 minutos la sesión inaugural y de 50 minutos las siguientes, durante un periodo de 3 meses, de ésta manera lo sustenta Beck (1979) citado en Ruiz y Cano (s.f), la duración media de la programación del contenido de las sesiones es de 10 a 20 de aproximadamente cada una, por lo tanto las sesiones del presente programa fueron repartidos de la siguiente manera:

- **Informativa:** Educar al paciente sobre los aspectos emocionales que influyen en el adecuado manejo de sus emociones al momento de recibir el tratamiento de hemodiálisis.
  
- **Estrategias de intervención de control emocional y afectivo**
  - a. Técnicas de control emocional: Respiración y relajación.
  - b. Técnicas de control de estado del ánimo: programación de actividades y reestructuración cognitiva.
  
- **Estrategias de intervención de Resolución de problemas**

Terapia de solución de problemas de (D’Zurilla, 1993; D’Zurilla y Nezu, 1982; 1999 citado en Vásquez, 2002).

- a. **Orientación hacia el problema:** Es la habilidad con que una persona afronta una situación problemática o estresante.
- b. **Definición y formulación del problema:** Consiste en el grado de destreza con que una persona define un problema operativamente y plantea metas realistas.

- c. **Generación de soluciones alternativas:** Es la destreza que tiene el sujeto para generar soluciones a un problema, siguiendo los principios de cantidad, de aplazamiento del juicio y de variedad.
- d. **Toma de decisiones:** Es la habilidad que tiene una persona para elegir aquella alternativa que resuelve mejor su problema.
- e. **Puesta en práctica y la evaluación de la solución elegida:** Es la destreza para planificar y llevar a la práctica la solución elegida, así como evaluar el éxito de la misma.

### 5.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

	ÍTEM	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	OPERACIONALIZACIÓN	INSTRUMENTO
VARIABLES	EMOCIONES	Ansiedad	Estado emocional subjetivamente desagradable caracterizado por sentimientos molestos tales como tensión o nerviosísimo y síntomas fisiológicos como palpitaciones cardíacas, temblor, náuseas y vértigo (Beck, 1985 citado en Psicocentro, 2003; p.2)	<p><b>Síntomas cognitivos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preocupación</li> <li>• Temor</li> <li>• Inseguridad</li> <li>• Dificultad para decidir</li> <li>• Miedo</li> <li>• Pensamientos negativos sobre uno mismo</li> <li>• Pensamientos negativos sobre nuestra actuación ante los otros</li> <li>• Temor a que se den cuenta de nuestras dificultades</li> <li>• Temor a la pérdida del control</li> <li>• Dificultades para pensar estudiar, o concentrarse, etc.</li> </ul> <p><b>Síntomas Fisiológicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sudoración</li> <li>• Tensión muscular</li> <li>• Palpitaciones</li> <li>• Taquicardia</li> <li>• Temblor</li> <li>• Molestias en el estómago</li> <li>• Otras molestias gástricas</li> <li>• Dificultades respiratorias</li> <li>• Sequedad de boca</li> <li>• Dificultades para tragar</li> <li>• Dolores de cabeza</li> </ul>	<p><b>Inventario de Ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory BAI):</b></p> <p><b>Síntomas cognitivos ítems</b> 4, 5, 9, 10, 14, 16</p> <p><b>Síntomas fisiológicos ítems</b> 1, 2, 6, 7, 15, 18, 19, 20, 21</p> <p><b>Síntomas Motores ítems</b> 3, 12</p>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mareo</li> <li>• Náuseas</li> <li>• Molestias en el estómago</li> <li>• Tiritar, etc.</li> </ul> <p><b>Síntomas Motores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitación de situaciones temidas</li> <li>• Fumar, comer o beber en exceso</li> <li>• Intranquilidad motora (movimientos repetitivos, rascarse, tocarse, etc.),</li> <li>• Ir de un lado para otro sin una finalidad concreta</li> <li>• Tartamudear</li> <li>• Llorar</li> <li>• Quedarse paralizado, etc.</li> </ul>	
	<b>Depresión</b>	<p><b>Beck, A (1983)</b>, considera que la depresión se caracteriza por procesos negativos distorsionados de la información del entorno, una visión negativa del Yo y del futuro, el cual conduce al resto de síntomas afectivos conductuales, motivacionales y fisiológicos que caracterizan el síndrome depresivo. (Carré, 2006, p. 18)</p>	<p><b>SÍNTOMAS AFECTIVOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tristeza</li> <li>• Cólera Inducida</li> <li>• Distracción</li> <li>• Humor</li> <li>• Limitación de las expresiones de disforia</li> <li>• Periodos de llanto incontrolable</li> <li>• Sentimiento de culpabilidad</li> <li>• Vergüenza</li> <li>• Cólera</li> </ul> <p><b>SÍNTOMAS MOTIVACIONALES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de la motivación positiva e</li> </ul>	<p><b>Inventario de depresión de Beck (Beck Depression Inventory BDI):</b></p> <p><b>Síntomas Cognitivos</b> Ítems 8, 9</p> <p><b>Síntomas Afectivos</b> Ítems 1, 5, 10, 11, 14</p> <p><b>Síntomas motivacionales</b> Ítems 2, 3, 4</p> <p><b>Síntomas conductuales</b> Ítems 12, 13, 16, 18, 19, 20, 21</p>

			<p>incremento de la tendencia a la evitación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dependencia</li> </ul> <p><b>SÍNTOMAS COGNITIVOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indecisión</li> <li>• Autocritica</li> <li>• Pensamiento absolutista</li> <li>• Problemas de memoria y dificultad para concentrarse</li> </ul> <p><b>SÍNTOMAS CONDUCTUALES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasividad, evitación e inercia</li> <li>• Problemas de habilidades sociales</li> <li>• Síntomas fisiológicos</li> <li>• Alteraciones del sueño</li> <li>• Alteraciones sexuales y del apetito</li> </ul>
	<b>PROGRAMA COGNITIVO-CONDUCTUAL</b>	<p>Corresponde a un plan estructurado de sesiones que cumplen unos objetivos específicos de modificación de la conducta tanto cognitiva, como afectiva/emocional y comportamental, basado en los principios del aprendizaje y la psicología experimental.</p>	<p><b>Estrategias de intervención de control emocional y afectivo:</b></p> <p>a. Técnicas de control emocional: Respiración y relajación</p> <p>b. Técnicas de control de estado del ánimo: programación de actividades y reestructuración cognitiva</p> <p><b>2. Estrategias de intervención de Resolución de problemas</b></p> <p>Terapia de solución de</p> <p>El programa de intervención cognitivo-conductual consta de 12 sesiones, 1 a la semana, por 3 meses.</p>

			<p>problemas de (D'Zurilla, 1993; D'Zurilla y Nezu, 1982, 1999) citado en Vásquez, F; (2002)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Orientación hacia el problema.</li><li>b. Definición y formulación del problema.</li><li>c. Generación de soluciones alternativas</li><li>d. Toma de decisiones</li><li>e. Puesta en práctica y la evaluación de la solución elegida.</li></ul>
--	--	--	---

## 6. RESULTADOS

La insuficiencia renal crónica es una enfermedad que amenaza la vida de las personas por la posibilidad de aparición de otras enfermedades asociadas a ésta y por la posibilidad de una muerte próxima e inminente. Aunada a estas amenazas, dicha condición hace vulnerable a la persona a diferentes fenómenos psicológicos debido a la disminución en la sensación de control personal, ya que estas personas ahora se encuentran sujetas a una serie de procedimientos invasivos como depender de una máquina o la posibilidad de un trasplante para sobrevivir Christensen y Ehlers (2002) y Kimmel (2002) Citado en Cassaretto y Paredes (2006). En este sentido, los pacientes desarrollan manifestaciones psicológicas adversas como son los trastornos depresivos y ansiosos, los cuales les dificultan aun más la adaptabilidad al tratamiento de hemodiálisis. Es por lo anterior, que se consideró la necesidad de evaluar y describir los niveles de depresión y ansiedad de los sujetos con IRC de la Fundación Renal de Colombia con el fin de estructurar el contenido teórico, las estrategias, las técnicas y los objetivos de un programa de intervención cognitivo-conductual que les permita disminuir la frecuencia de los trastornos antes mencionados y así optimizar la condición psicológica de los pacientes durante el tratamiento de hemodiálisis.

A continuación se hace una descripción de las condiciones sociodemográficas de las personas objeto de investigación como son la edad, el sexo, el estado civil, la ocupación, lugar de residencia, el estrato socioeconómico, tratamiento actual, enfermedades concomitantes y con quien vive. En relación con lo anterior, se contó con la participación de 30 pacientes, el 53,3% corresponde al sexo masculino y el 46,7% al sexo femenino (TABLA 1), diagnosticados con la patología en mención, con un rango de edad entre 25 y 45 años (edad mínima y máxima respectivamente), (TABLA 2) siendo el promedio 36 años con un intervalo de 7 años, encontrándose que la edad fue bimodal, pero de ellas la de menor valor es la de 31 años.

**TABLA No. 1: SEXO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	MASCULINO	16	53,3	53,3
	FEMENINO	14	46,7	46,7
	Total	30	100,0	100,0

Con base a los resultados encontrados, la población evaluada estuvo conformada por el 53,3% de las mujeres y el 46,7% de los hombres.

**TABLA No. 2: ESTADÍSTICOS**

**EDAD**

N	Válidos	30
	Perdidos	0
Media		36,07
Mediana		39,00
Moda		31(a)
Desv. típ.		6,883
Mínimo		25
Máximo		45
Percentiles	25	30,75
	50	39,00
	75	42,00

Teniendo como base los resultados obtenidos, la media de edad de los participantes fue de 36 años, con un intervalo de 7 años, siendo la mínima de 25 y la máxima de 45 años. Así mismo, se encontró que el resultado es multimodal siendo la de menor valor la edad de 31 años.

**TABLA No. 3: EDAD**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	25	3	10,0	10,0	10,0
	26	1	3,3	3,3	13,3
	27	1	3,3	3,3	16,7
	29	1	3,3	3,3	20,0
	30	1	3,3	3,3	23,3
	31	4	13,3	13,3	36,7
	32	1	3,3	3,3	40,0
	34	2	6,7	6,7	46,7
	39	2	6,7	6,7	53,3
	40	3	10,0	10,0	63,3
	41	1	3,3	3,3	66,7
	42	4	13,3	13,3	80,0
	43	1	3,3	3,3	83,3
	44	4	13,3	13,3	96,7
	45	1	3,3	3,3	100,0
Total		30	100,0	100,0	

De acuerdo a los resultados obtenidos el 13,3% de la población evaluada tienen entre 31, 42 y 44 años de edad respectivamente, el 10,0% se encuentra entre las edades de 25 y 40 años, el 6,7% su edad es de 34 y 39 años; finalmente el 3,3% restante tiene edades entre 26 a 32, 41, 43 y 45 años.

**TABLA No. 4: TRATAMIENTO ACTUAL**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	HEMODIÁLISIS	30	100,0	100,0	100,0

De acuerdo a los resultados y a los requerimientos del presente estudio se puede evidenciar que los pacientes evaluados se encuentran todos en tratamiento de hemodiálisis.

**TABLA No. 5: Estadísticos**

**TIEMPO DEL TRATAMIENTO**

N	Válidos	30
	Perdidos	0
Media		4,90
Mediana		4,00
Moda		4(a)
Desv. típ.		3,078
Mínimo		1
Máximo		10
Percentiles	25	2,00
	50	4,00
	75	8,25

Se encontró en los pacientes un tiempo de tratamiento promedio de 5 años; siendo el mínimo tiempo de duración 1 y el máximo de 10 años, en el tratamiento de hemodiálisis, encontrándose una desviación de 3 años entre pacientes. En la investigación se hallaron dentro de los resultados varias modas, pero de ellas la de menor valor es 4 años en tiempo de tratamiento de hemodiálisis.

**TABLA No. 6: TIEMPO DEL TRATAMIENTO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	4	13,3	13,3	13,3
	2	5	16,7	16,7	30,0
	3	3	10,0	10,0	40,0
	4	6	20,0	20,0	60,0
	6	1	3,3	3,3	63,3
	7	2	6,7	6,7	70,0
	8	2	6,7	6,7	76,7
	9	6	20,0	20,0	96,7
	10	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

De acuerdo a lo observado se puede afirmar que el 20,0% de la población evaluada lleva 4 y 9 años respectivamente en tratamiento de hemodiálisis, el 16,7% se mantienen en hemodiálisis por 2 años, el 13,3% lleva un años en el

tratamiento, el 10,0% continua en tratamiento hace 3 años, el 6,7% llevan 7 y 8 años respectivamente y el 3,3% manifiesta que hace 6 y 10 años reciben tratamiento de hemodiálisis.

**TABLA No. 7: ENFERMEDADES CONCOMITANTES**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	HIPERTENSIÓN	23	76,7	76,7
	HEPATITIS E HIPERTENSIÓN	3	10,0	10,0
	CÁNCER PÁNCREAS E HIPERTENSIÓN	1	3,3	3,3
	TIROIDES E HIPERTENSIÓN	1	3,3	3,3
	HERNIA UMBILICAL E HIPERTENSIÓN	1	3,3	3,3
	DIABETES E HIPERTENSIÓN	1	3,3	3,3
	Total	30	100,0	100,0

Se puede observar que el 76,7% de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis sufren de hipertensión arterial, el 10,0% de hipertensión y hepatitis y el 3,3% sufren de cáncer de páncreas, tiroides, hernia umbilical, diabetes e hipertensión.

## INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

**TABLA No. 8: Estadísticos**

<b>PUNTAJE IBD</b>		
N	Válidos	30
	Perdidos	0
Media		14,70
Mediana		13,50
Desv. típ.		7,535
Varianza		56,769
Mínimo		1
Máximo		31
Percentiles	25	9,75
	50	13,50
	75	20,25

Los resultados arrojados por los pacientes en el Inventario de depresión de Beck tuvieron un promedio de 15 puntos, siendo 1 punto el valor mínimo y 31 el valor máximo, la distancia entre los puntajes obtenidos por los sujetos fue de 7 puntos.

**TABLA No. 9: CLASIFICACIÓN DE DEPRESIÓN- BECK**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO DEPRESIÓN	7	23,3	23,3	23,3
	DEPRESIÓN LEVE	13	43,3	43,3	66,7
	DEPRESIÓN MODERADA	9	30,0	30,0	96,7
	DEPRESIÓN GRAVE	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

La evaluación realizada a los pacientes con el Inventario de Depresión de Beck arrojó que el 43,3% padece de depresión leve, el 30,0% tienen depresión moderada, el 3,3% depresión grave y el 23,3% no tienen depresión. Esto indica una prevalencia del 76,6 % de depresión en sus 3 niveles (Leve, moderado y grave), en esta población.

## INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

**TABLA No. 10: Estadísticos**

<b>PUNTAJE BAI</b>		
N	Válidos	30
	Perdidos	0
Media		18,40
Mediana		22,00
Moda		22
Desv. típ.		10,585
Mínimo		3
Máximo		37
Percentiles	25	5,75
	50	22,00
	75	26,25

Los resultados arrojados por los pacientes en el Inventario de ansiedad de Beck tuvieron un promedio de 18 puntos, siendo 3 el puntaje mínimo y 37 el valor máximo, la distancia entre los puntajes obtenidos por los sujetos fue de 10 puntos. En los resultados se hallaron varias modas, pero la menor fue de 22 puntos.

**TABLA No. 11: CLASIFICACIÓN DE ANSIEDAD –BAI**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ANSIEDAD MUY BAJA	12	40,0	40,0	40,0
	ANSIEDAD MODERADA	17	56,7	56,7	96,7
	ANSIEDAD SEVERA	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

De acuerdo a los resultados obtenidos en el Inventario de ansiedad de Beck se encontraron que 56,7% padece de ansiedad moderada, el 40,0% su nivel de ansiedad es muy baja y el 3,3% la ansiedad es severa.

**TABLA No. 12: Tabla de contingencia**

**CLASIFICACIÓN DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK \* SEXO**

			SEXO		Total	
			MASCULINO	FEMENINO		
CLASIFICACIÓN DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK	NO DEPRESIÓN	Recuento	4	3	7	
		% del total	13,3%	10,0%	23,3%	
	DEPRESIÓN LEVE	Recuento	7	6	13	
		% del total	23,3%	20,0%	43,3%	
	DEPRESIÓN MODERADA	Recuento	5	4	9	
		% del total	16,7%	13,3%	30,0%	
	DEPRESIÓN GRAVE	Recuento	0	1	1	
		% del total	,0%	3,3%	3,3%	
	Total		Recuento	16	14	30
			% del total	53,3%	46,7%	100,0%

Valor de chi cuadrado=1,439; gl=3 y sig=0,697 a un p-valor de 0,05

Para identificar la asociación entre el nivel de depresión y el sexo de las personas con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis se aplicó el estadístico de chi-cuadrado el cual es 1,439; gl=3 y sig=0,697 a un p-valor de 0,05, lo cual indica que no se rechaza la hipótesis nula (no existe una asociación significativa entre el sexo y la depresión) puesto que el valor de chi cuadrado es mayor que el p-valor de 0,05. Esto indica que la depresión se manifiesta independientemente del género, tanto en hombres como en mujeres.

**TABLA No. 13: Tabla de contingencia**

**CLASIFICACIÓN DEL INVENTARIO DE ANSIEDAD -BAI \* SEXO**

			SEXO		Total
			MASCULINO	FEMENINO	
CLASIFICACIÓN DEL INVENTARIO DE ANSIEDAD -BAI	ANSIEDAD MUY BAJA	Recuento	5	7	12
		% del total	16,7%	23,3%	40,0%
	ANSIEDAD MODERADA	Recuento	11	6	17
		% del total	36,7%	20,0%	56,7%
	ANSIEDAD SEVERA	Recuento	0	1	1
		% del total	,0%	3,3%	3,3%
Total		Recuento	16	14	30
		% del total	53,3%	46,7%	100,0%

Valor de chi cuadrado=3,749; gl=2 y sig=0,153 a un p-valor de 0,05

Para establecer la asociación entre el nivel de ansiedad y el sexo de las personas con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis se aplicó el estadístico de chi-cuadrado, el cual es 3,749; gl=2 y sig=0,153 a un p-valor de 0,05, lo cual indica que no se rechaza la hipótesis nula (no existe una asociación significativa entre el sexo y la ansiedad) puesto que el valor de chi cuadrado es mayor que el p-valor de 0,05. Esto indica que la ansiedad se manifiesta independientemente del género, de si es hombre o mujer.

**TABLA No. 14: Correlaciones**

		EDAD	TIEMPO DEL TRATAMIENTO	PUNTAJE DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK	PUNTAJE DEL INVENTARIO DE ANSIEDAD - BAI
EDAD	Correlación de Pearson	1	-,035	,100	-,058
	Sig. (bilateral)		,852	,599	,762
	N		30	30	30
TIEMPO DEL TRATAMIENTO	Correlación de Pearson		1	-,485(**)	-,362(*)
	Sig. (bilateral)			,007	,049
	N			30	30
PUNTAJE DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK	Correlación de Pearson			1	,623(**)
	Sig. (bilateral)				,000
	N				30
PUNTAJE DEL INVENTARIO DE ANSIEDAD -BAI	Correlación de Pearson				1
	Sig. (bilateral)				
	N				

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Para analizar la correlación entre la edad, los niveles de depresión y niveles de ansiedad y el tiempo de tratamiento, se tuvo en cuenta los puntajes directos obtenidos en cada una de las Pruebas y para ello se aplicó el estadístico de correlación de Pearson, en donde las variables en las que se encuentra una correlación significativa con un valor de -0.485 a una significancia =0,007 es entre el tiempo de tratamiento y los niveles de depresión, lo cual indica que a mayor tratamiento menor nivel de depresión. De igual forma, la correlación significativa, el tiempo del tratamiento y el nivel de ansiedad con un p valor de -0,362 y una sig=0,049, indica que a mayor tiempo de tratamiento menores niveles de ansiedad.

Los niveles de depresión y los niveles de ansiedad de los pacientes que se encuentran en tratamiento de diálisis tienen una correlación de 0,623 y una significativa de 0,00, lo cual indica que a mayor nivel de ansiedad mayor será el nivel de depresión.

## GRÁFICOS POR ÍTEMS DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK EN HOMBRES Y MUJERES

Grafica 1



Según los resultados, el 81% de la población masculina dicen no sentirse tristes, el 13% manifiestan sentirse tristes y el 6% se siente tan triste o tan desgraciado que no pueden soportarlo.

Grafica 3



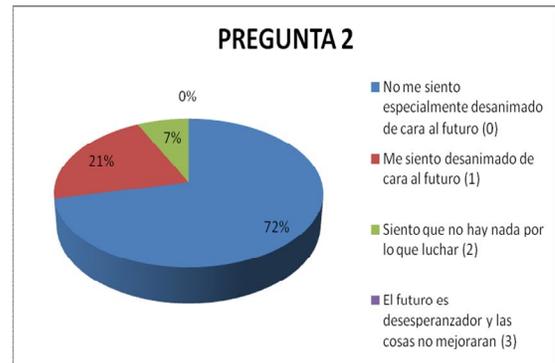
Como se observa el 81% de los hombres no se sienten especialmente desanimados frente al futuro, el 13% se siente desanimado con respecto al futuro y para el 6% el futuro es desesperanzador y no mejora.

Grafica 2



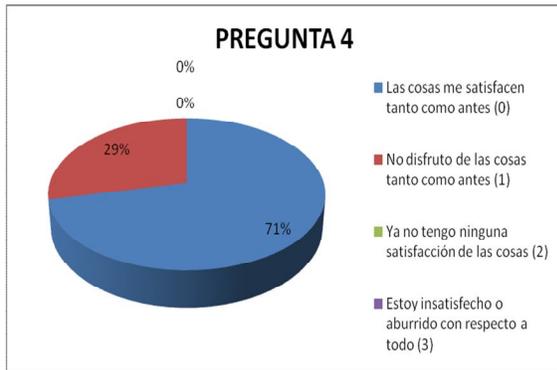
Se evidencia en la población femenina evaluada que el 72% no se siente triste, el 22% se siente triste y el 7% se sienten tristes continuamente y no pueden dejar de estarlo.

Grafica 4



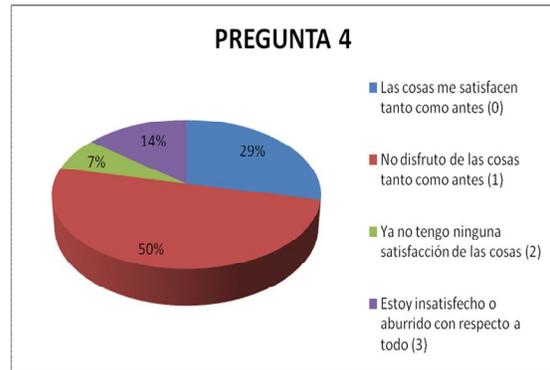
Los resultados muestran que el 72% de las mujeres no se siente desanimado respecto al futuro, el 21% se siente desanimado de cara al futuro y el 7% siente que no hay nada por lo que luchar.

Grafica 5



Los resultados arrojaron que en la población masculina que en un 71% las cosas le satisfacen tanto como antes y el 29% no disfruta de las cosas tanto como antes.

Grafica 6



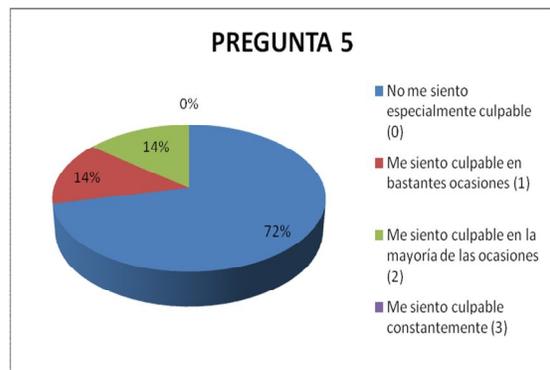
Los resultados muestran que un 50% de las mujeres no disfrutan de las cosas tanto como antes, el 29% dice que las cosas le satisfacen tanto como antes, el 14% se siente insatisfecha o aburrida con respecto a todo y el 7% siente que ya no tiene ninguna satisfacción de las cosas.

Grafica 7



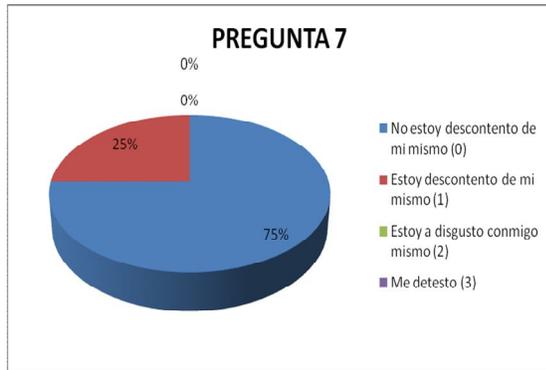
Como se observa, el 56% de los hombres no se sienten culpables, el 25% se siente en bastantes ocasiones culpables, el 13% se sienten culpables constantemente y el 6% se sienten culpables la mayoría de las ocasiones.

Grafica 8



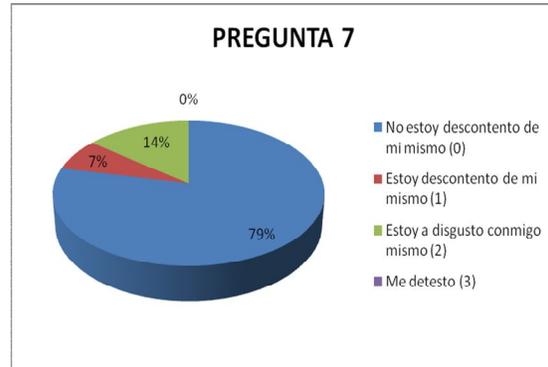
El 72% de las mujeres evaluadas manifiestan que no se sienten culpable, el 14% se sienten culpables en bastantes ocasiones y el otro 14% se sienten culpables en la mayoría de las ocasiones.

Grafico 9



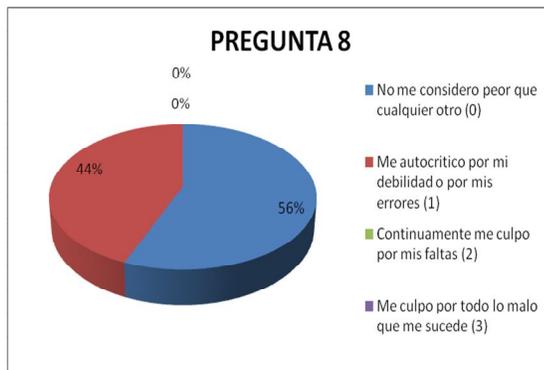
La población masculina evaluada manifiesta que en un 75% no están descontentos consigo mismo contrario a lo que afirma el 25% que se sienten descontentos de sí mismos.

Grafico 10



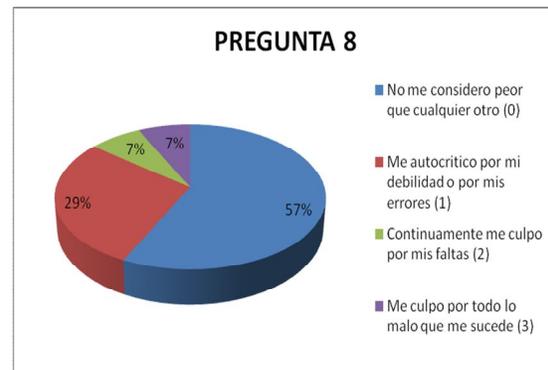
De acuerdo a lo observado se puede decir que el 79% de las mujeres no están descontentas consigo mismas, el 14% está a disgusto consigo mismas y el 7% está descontento de sí misma.

Grafico 11



Los resultados muestran que en un 56% los hombres no se consideran peor que cualquier otro y el 44% se autocrítica por su debilidad o errores.

Grafico 12



Con base en los resultados obtenidos el 57% de las mujeres no se considera peor que cualquier otro, el 29% se autocrítica por su debilidad o errores, el 7% respectivamente se culpa continuamente por sus faltas y por todo lo malo que le sucede.

Grafico 13



La población masculina evaluada muestra que en un 56% se molesta o irrita mas fácil que antes, el 25% no está especialmente irritado, el 13% se irritan en absoluto cosas que antes le molestaban y el 6% se sienten irritados continuamente

Grafico 14



Con base en los resultados encontrados el 36% de las mujeres sostienen que se molestan o irritan mas fácilmente que antes, el 29% dicen que no se irritan, el 21% dice que no le irritan cosas que antes le molestaban y el 14% se sienten irritados continuamente.

Grafico 15



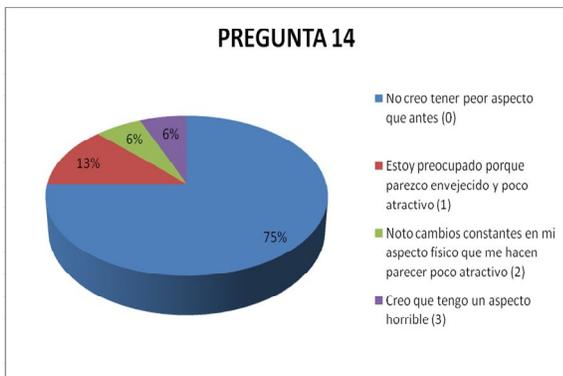
Los resultados muestran que el 53% de los hombres no han perdido el interés por los demás, el 23% está menos interesado en los demás que antes, el 18% ha perdido gran parte del interés por los demás y el 6% ha perdido todo el interés por los demás.

Grafico 16



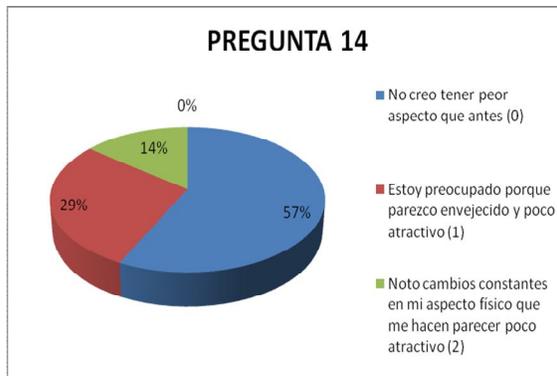
De acuerdo a lo obtenido en los resultados, el 72% de las mujeres afirman que no han perdido el interés por los demás, el 21% está menos interesado en los demás que antes, el 7% ha perdido gran parte del interés por los demás.

Grafico 17



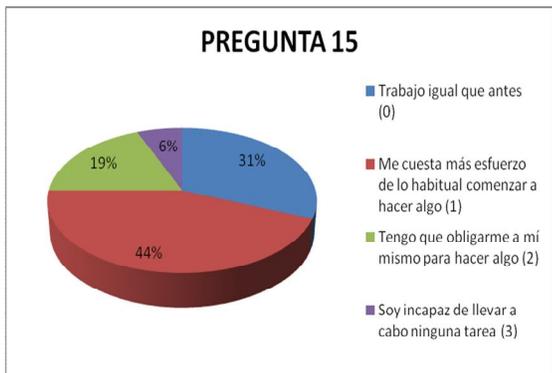
Los resultados arrojan que el 75% no cree tener peor aspecto que antes, el 13% se siente preocupado porque parece envejecido y poco atractivo y el 6% respectivamente nota cambios constantes en su aspecto físico que lo hacen parecer poco atractivo y creen tener un aspecto horrible.

Grafico 18



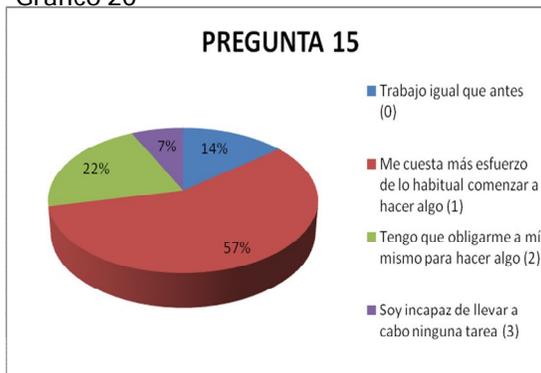
Teniendo como base lo observado el 57% de la población femenina evaluada afirma que no cree tener peor aspecto que antes, el 29% afirma su preocupación por que parece envejecido y poco atractivo y el 14% nota cambios constantes en su aspecto físico que le hacen parecer por atractivo.

Grafico 19



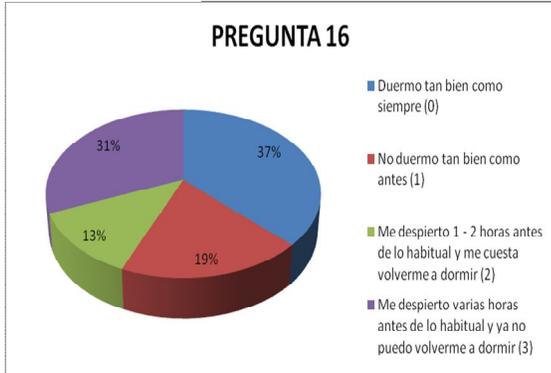
De la población masculina evaluada el 44% dice que le cuesta más esfuerzo comenzar a hacer algo, el 31% afirma trabajar igual que antes, el 19% dice tener que obligarse para hacer algo y el 6% manifiesta ser incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

Grafico 20



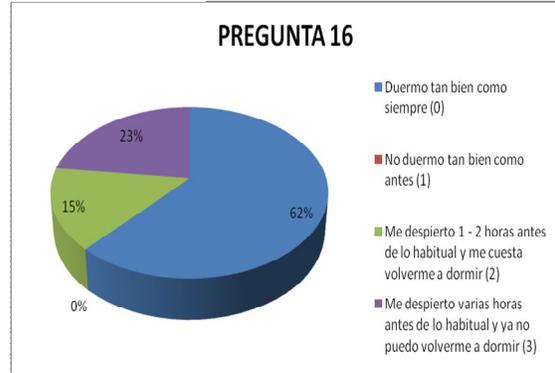
El 57% de las mujeres con insuficiencia renal crónica manifiestan que les cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo, el 22% tiene que obligarse a sí mismas para hacer algo, el 14% dicen que trabajan igual que antes y el 7% afirma que son incapaces de llevar a cabo ninguna tarea.

Grafico 21



De acuerdo a lo observado el 37% de los hombres dicen dormir tan bien como siempre, el 31% se despiertan varias horas antes de lo normal y ya no pueden volverse a dormir, el 19% afirma no dormir tan bien como antes y el 13% se despierta 1- 2 horas antes de lo habitual y le cuesta volverse a dormir.

Grafico 22



Los resultados muestran que el 62% de las mujeres duermen como antes, el 23% se despierta varias horas antes de lo habitual y ya no puede volverse a dormir y el 15% se despierta 1-2 horas antes de lo habitual y no se vuelve a dormir.

Grafico 23



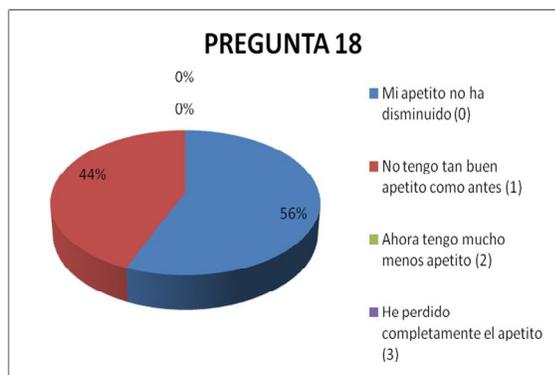
Los resultados muestran que el 56% de los hombres se cansan más que antes, el 25% se cansa cuando hace cualquier cosa, el 13% no se sienten cansados y el 6% afirma estar demasiado cansado para hacer nada.

Grafico 24



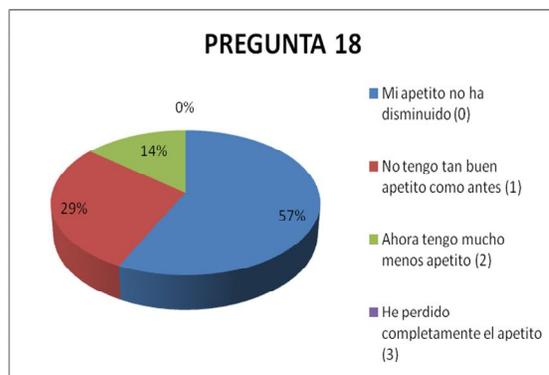
Las mujeres evaluadas muestran en los resultados que un 50% se cansa más que antes, el 36% se cansa cuando hace alguna cosa, el 7% dice no sentirse cansada y el otro 7% está demasiado cansado para hacer nada.

Grafico 25



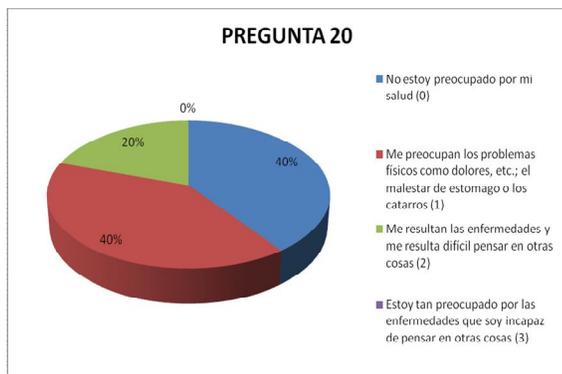
De la población masculina evaluada el 56% manifiesta que su apetito no ha disminuido y el 44% dice no tener tan buen apetito como antes.

Grafico 26



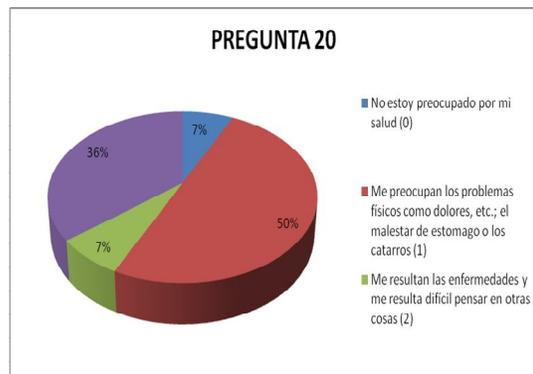
El 57% de las mujeres evaluadas sostienen que no ha disminuido su apetito, el 29% no tiene tan buen apetito como antes y el 14% tiene menos apetito.

Grafico 27



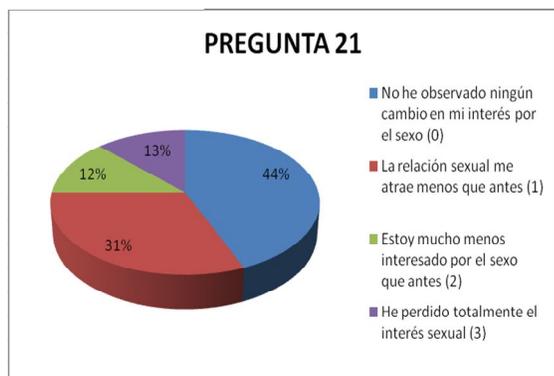
Los resultados muestran que el 40% no está preocupado por su salud contrario a lo que afirma el otro 40% que le preocupan los problemas físicos como dolores y el malestar de estomago y el 20% le resulta difícil pensar en otras cosas aparte de la enfermedad.

Grafico 28



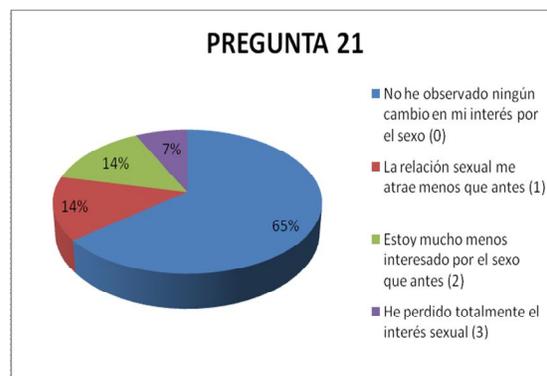
Con los resultados que se muestran se puede evidenciar que el 50% de las mujeres se preocupan por los problemas físicos, el 36% esta tan preocupadas por las enfermedades que son incapaces de pensar en otras cosas el 7% no se preocupa por su salud y el restante 7% le resulta difícil pensar en otra cosa a parte de la enfermedad.

Grafico 29



El 44% de la población masculina evaluada dice no haber observado ningún cambio en su interés por el sexo, el 31% afirma que la relación sexual le atrae menos que antes, el 13% ha perdido totalmente el interés por el sexo y el 12% está menos interesado por el sexo que antes.

Grafico 30



Los resultados muestran que el 65% de las mujeres no han tenido ningún cambio en su interés por el sexo, el 14% dice que la relación sexual le atrae menos que antes, el otro 14% está menos interesada en el sexo que antes y el 7% dice haber perdido totalmente el interés sexual.

## GRÁFICOS POR ÍTEM DEL INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK EN HOMBRES Y MUJERES

Grafico 31



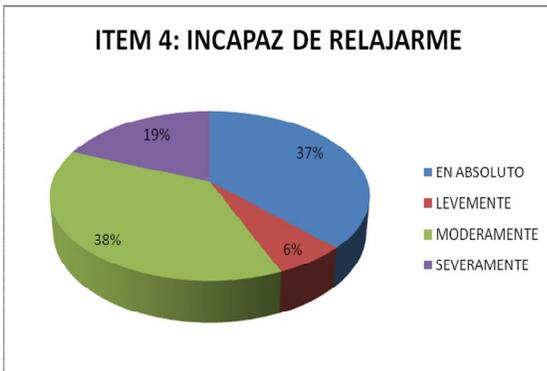
De acuerdo a lo obtenido en los resultados, el 44% de los hombres dice no sentir temblor en las piernas, el 37% dice sentirlo de manera leve y el 19% moderadamente.

Grafico 32



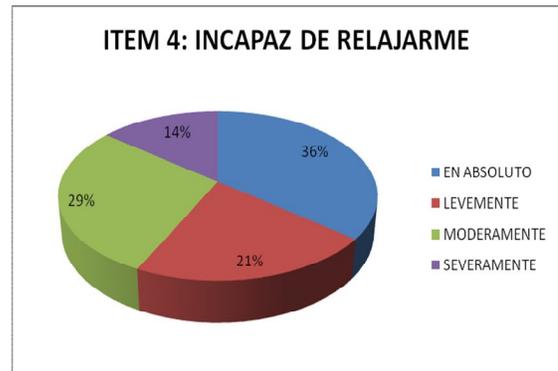
Con base en los resultados obtenidos el 79% de las mujeres dicen no sentir temblor en las piernas, el 14% sostiene que levemente si lo tienen y el 7% de manera severa lo manifiestan.

Grafico 33



En base a los resultados se puede notar que el 38% de los hombres se siente moderadamente incapaz de relajarse, el 37 no se siente incapaz de relajarse, el 19% se percibe severamente incapaz de relajarse y el 6% levemente.

Grafico 34



Las mujeres evaluadas afirman que en un 36% no se sienten incapaz de relajarse, en un 29% moderadamente se siente incapaz de relajarse, el 21% levemente y el 14% lo manifiestan de forma severa.

Grafico 35



De acuerdo a los datos obtenidos el 56% de los hombres afirman que severamente sienten temor de que ocurra lo peor, el 19% lo manifiesta respectivamente leve y moderadamente y el 6% dice no sentir temor de que ocurra lo peor.

Grafico 36



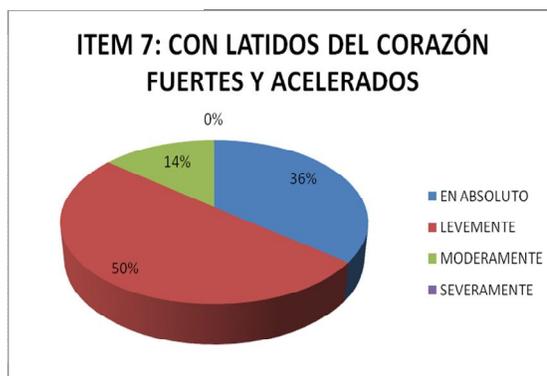
Teniendo en cuenta el presente resultado, el 36% de las mujeres manifiestan que moderadamente sienten temor a que ocurra lo peor, el 29% no siente este temor, el 21% siente que severamente puede ocurrir lo peor y el 14% levemente pueden sentir el tema en mención.

Grafico 37



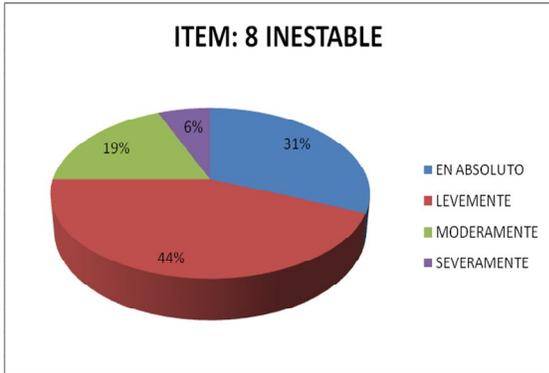
De la población masculina con respecto a los datos obtenidos, el 37% dice no sentirse con latidos del corazón fuertes y acelerados, el 31% dice sentirlo moderadamente, el 19% de manera leve y el 13% severamente.

Grafico 38



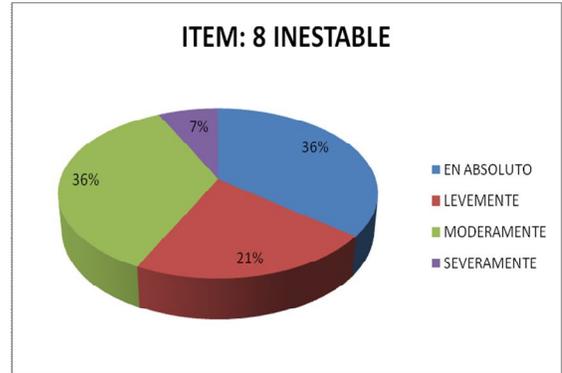
Con base en los resultados obtenidos el 50% de las mujeres afirman que levemente sienten latidos de los corazones fuertes y acelerados, el 36% no lo siente en lo absoluto y el 14% moderadamente sienta latidos del corazón fuertes y acelerados.

Grafico 39



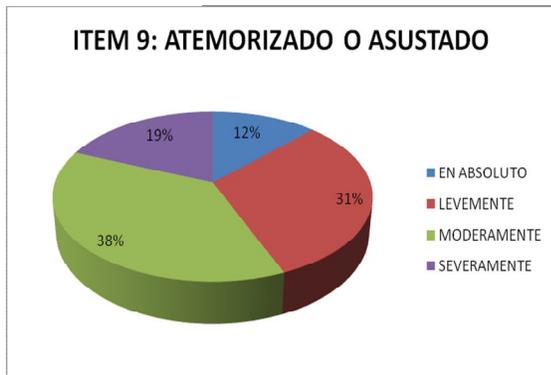
En referencia a lo observado, el 44% de los hombres dicen sentirse levemente inestable, el 31% no se siente de esta manera, el 19% se siente moderadamente inestable y el 6% severamente.

Grafico 40



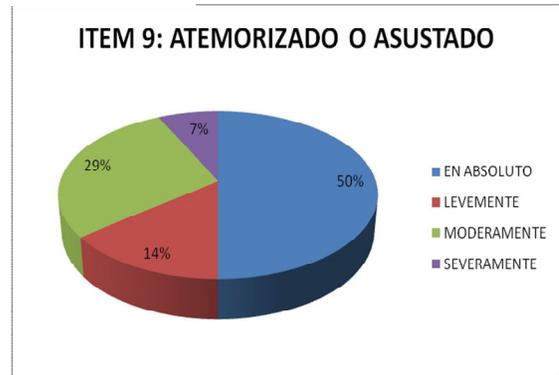
El 36% de las mujeres evaluadas sostienen no sentirse inestable, el otro 36% manifiesta que moderadamente se siente inestable, el 21% dice que levemente se siente de esta forma y el 7% lo afirma que es severamente.

Grafico 41



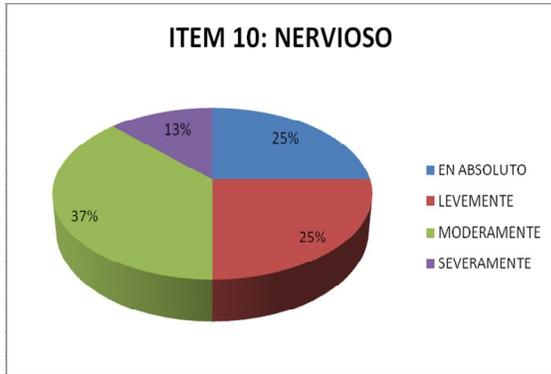
Los resultados obtenidos muestran que el 38% de los pacientes hombres evaluados, se sienten moderadamente atemorizados o asustados, el 31% lo siente de manera leve, el 19% severamente sienten temor o susto y el 12% no se siente atemorizado o asustado.

Grafico 42



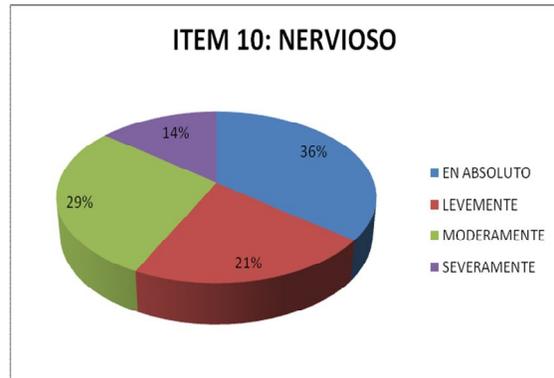
Los resultados muestran que el 50% de las mujeres no se sienten atemorizadas o asustadas, el 29% moderadamente tiene esta sensación, el 14% levemente se sienten atemorizadas o asustadas y el 7% lo experimenta de manera severa.

Grafico 43



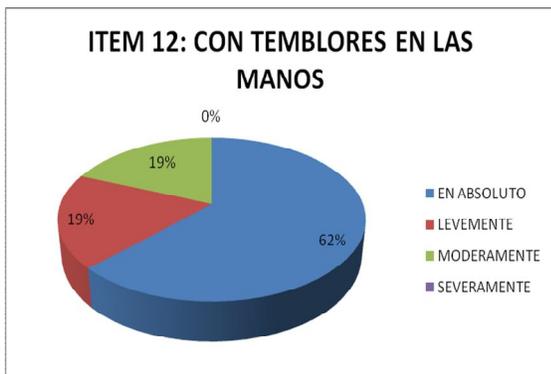
De la población masculina se obtuvo como resultado que el 37% siente moderadamente nerviosos, el 25% respectivamente no lo siente, y lo siente levemente; y el 13% severamente se siente nervioso.

Grafico 44



El 36% de las mujeres evaluadas muestran que no se sienten nerviosas, el 29% moderadamente manifiestan sentirse nerviosas, el 21% lo vive de manera leve y el 14% de forma severa.

Grafico 45



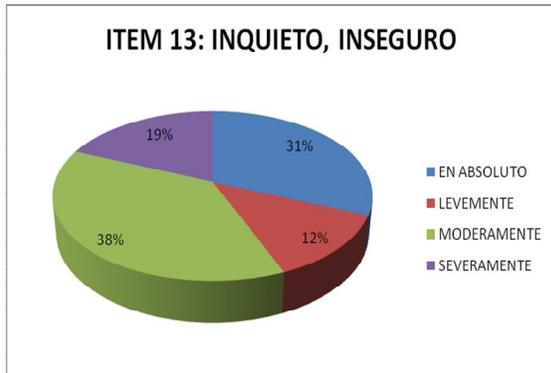
De acuerdo a los resultados obtenidos el 62% de los hombres no siente temblor en las manos, el 19% lo siente levemente y el otro 19% moderadamente siente temblor en las manos.

Grafico 46



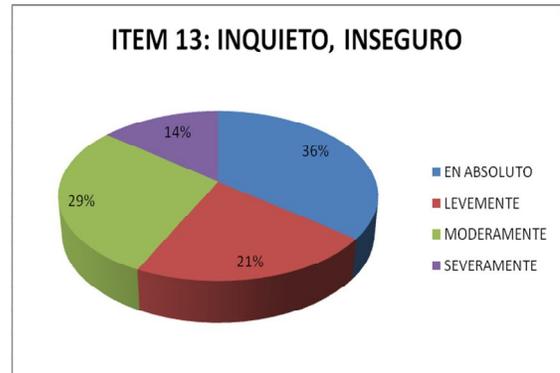
De las mujeres evaluadas el 86% no siente temblores en las manos, el 7% levemente lo manifiesta y el otro 7% restante afirma que si lo experimenta de forma moderada.

Grafico 47



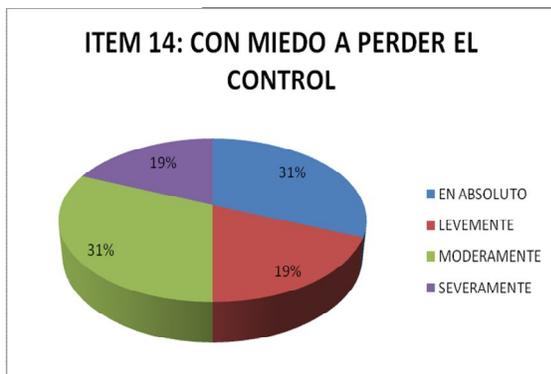
La evaluación realizada mostró como resultado que el 38% de los hombres se siente moderadamente inquieto, inseguro; el 31% no siente nada parecido, el 19% se siente de esta forma severamente y el 12% levemente siente inquietud e inseguridad.

Grafico 48



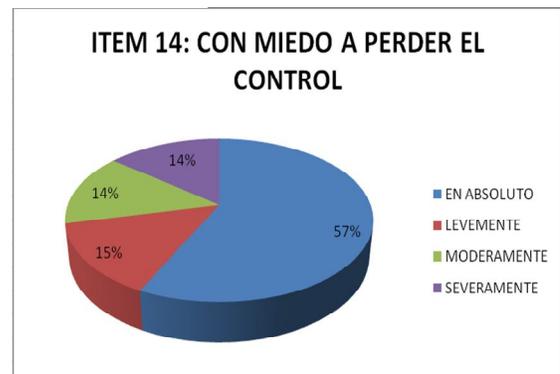
De acuerdo a lo que se observa, se puede decir que el 36% de las mujeres no se sienten inquietas-inseguras, el 29% siente inquietud e inseguridad de manera moderada, el 21% levemente manifiesta este tipo de sensación y el 14% lo experimenta de forma severa.

Grafico 49



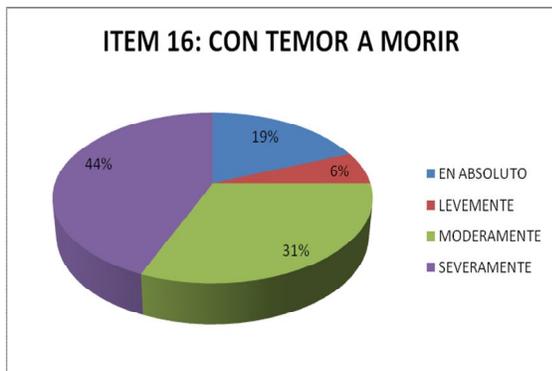
De acuerdo a los resultados, el 31% de los hombres manifiestan no tener miedo de perder el control, el otro 31% sentir moderadamente miedo a perder el control y el 19% respectivamente siente leve y severamente este miedo.

Grafico 50



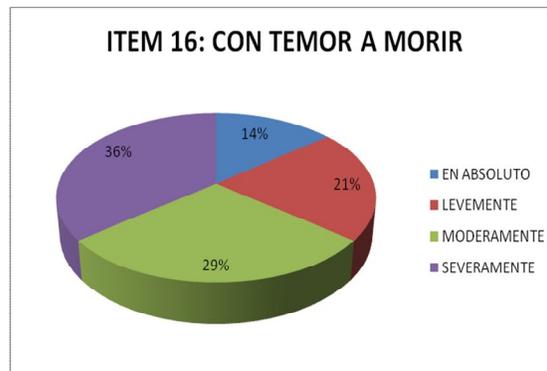
De las mujeres valuadas el 57% dicen no tener miedo a perder el control, el 15% levemente sienten este miedo el 14% respectivamente lo sienten de forma moderada y severa.

Grafico 51



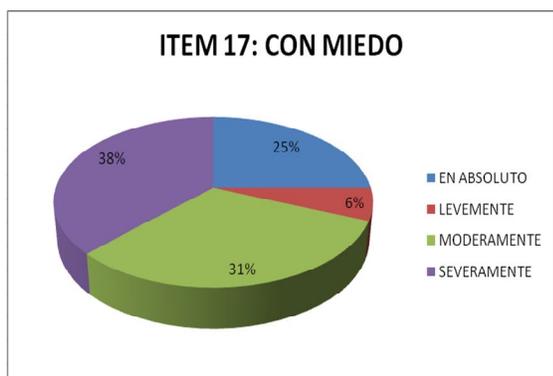
Teniendo en cuenta los resultados, el 44% de los hombres señalan que severamente sienten temor a morir, el 31% moderadamente, el 19% no sienten este temor y el 6% levemente manifiestan sentir temor a morir.

Grafico 52



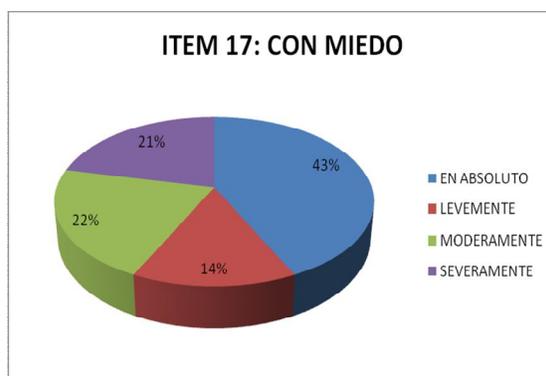
Los resultados en la población femenina muestran que el 36% siente temor a morir de forma severa, el 29% lo experimenta moderadamente, el 21% levemente siente este temor y el 14% no siente temor a morir.

Grafico 53



Los resultados muestran que el 38% de la población masculina se siente severamente atemorizado o asustado, el 31% lo siente de manera moderada, el 25% dice no sentir temor ni susto y el 6% levemente lo siente.

Grafico 54



Las mujeres evaluadas sostienen que en un 43% no sienten miedo, el 22% si lo siente moderadamente, el 21% lo vive de manera severa y el 14% afirma que levemente.

## 7. DISCUSIÓN

Los pacientes con IRC que se encuentran en tratamiento de hemodiálisis, manifiestan cambios a nivel físico y psicológico que les exigen una readaptación a la nueva situación para poder lograr algún grado de estabilidad, así lo señalan Cidoncha, et al., (2003) citado en Contreras y cols., (2007) afirmando que *“las investigaciones realizadas han demostrado que tanto la IRC como su tratamiento de diálisis afectan en gran medida las áreas de desempeño de los pacientes, así como la salud física y psicológica, especialmente a nivel emocional, cognitivo, físico y social, lo que altera de manera notable su calidad de vida relacionada con la salud”* (p. 2). En éste sentido, en la presente investigación se hizo evidente que el estado de ánimo de los pacientes presenta un deterioro significativo, ya que la evaluación realizada a través del IBD muestra que el 76,6% (43,3% depresión leve, el 30,0% depresión moderada y el 3,3% depresión grave) de los pacientes padecen algún grado de depresión, lo que pone en evidencia el gran impacto negativo que genera para ellos el enfrentarse al tratamiento de hemodiálisis. De igual forma y con una cifra inferior, el estudio de Páez y cols., (2008), obtuvieron que el 56,7% de la muestra manifiesta algún grado de depresión; en base a esto, Alarcón (2004) señala que *“la depresión es la anomalía psiquiátrica más común en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal tratados con hemodiálisis”* (p. 7) y sugiere que ésta misma entidad puede ser una respuesta ante una pérdida y los mencionados pacientes han sufrido múltiples: rol familiar y laboral, función renal, habilidades físicas, cognitivas, funcionamiento sexual, entre otras.

La muestra objeto de estudio en lo referente a la edad obtuvo una media de 36 años, teniendo en cuenta esto, se trae a colación Atencio y cols., (2004), quienes llegaron a la conclusión en su investigación que los pacientes hemodializados más jóvenes (de 17 a 36 años) son mayormente afectados por la depresión. Sin embargo, los datos arrojados por la evaluación hecha a los pacientes de la Fundación participante en este estudio concluyen que no hay una relación significativa entre la edad y los niveles de depresión de estos.

En relación a la sintomatología depresiva que presenta gran parte de la población evaluada, se pudo observar que tienen una percepción negativa acerca de su condición, lo que les genera sentirse vulnerables ante cualquier situación que ellos sientan amenazante, es así como lo sustenta Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) Citado en (Páez y cols., 2008) *“refirieron que las personas depresivas tienden a interpretar sus experiencias como pérdidas o fracasos y a evaluar los sucesos negativos como globales e irreversibles. Esto da cuenta de la existencia de un sesgo sistemático en el procesamiento de la información, conducente a una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro (triada cognitiva negativa)”* (p. 118). Esta situación puede incidir en la valoración de las metas y objetivos que puedan plantearse los pacientes a largo plazo, puesto que los mismos ven su enfermedad y tratamiento como limitantes para poder llevar a cabo lo propuesto, fenómeno que se hace evidente en el 21% de las mujeres y el 13% de los hombres que manifiestan sentirse desanimado con respecto al futuro.

Otro importante aspecto en el paciente hemodializado es el soporte social, ya que permite identificar los aspectos positivos y negativos aportados de la interacción del sujeto con su red social y que finalmente influyen en la forma en que el paciente realiza los ajustes en sus hábitos de vida, se incorpora, adhiere al tratamiento y busca la ayuda tangible y emocional para disminuir los niveles de estrés que surgen por los cambios emocionales físicos y sociales que presentan a causa de la enfermedad crónica (Fuentes y Ojeda, 2007). No obstante, en la muestra un 23% de la población masculina y el 21% de la población femenina sienten estar menos interesados por los demás que antes, debido a que estos exponen no sentir apoyo de otros que no hacen parte de su núcleo familiar, frente a la situación en la que se encuentran los pacientes; además, consideran que no tienen el espacio suficiente para relacionarse con otras personas, pues la mayor parte del tiempo están en la sala de hemodiálisis.

En un estudio realizado por Vinokur y Bueno (2002) sobre los procesos y reacciones psicológicas del paciente en hemodiálisis se encontraron sentimientos

de incapacidad en un 90% y en el 70% de los casos hubo disminución del interés o del placer en todas las actividades, de ésta manera realizando una comparación con la presente investigación se observa que el 50% de las mujeres y el 29% de los hombres no disfrutaban de las cosas tanto como antes, ya que como lo menciona el 56% de los hombres y el 50% de las mujeres se cansan mucho más que antes, motivo por el cual puede afirmarse en relación a las actividades laborales que el 57% de las mujeres y el 44% de los hombres les cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo; lo que se debe “al carácter de las restricciones físicas que presenta, lo que afecta al individuo a nivel psicológico, social y económico” (Kleinman, 1988 citado en Contreras y cols., 2007).

Los sentimientos de irritabilidad se presentan en un 36% de los sujetos de sexo femenino y en un 25% de los hombres como respuesta a las limitaciones impuestas por la enfermedad y en especial por el tratamiento al que son sometidos los pacientes. Este postulado es ratificado por (Hersh-Rifkin & Stoner 2005 citado en Contreras y cols., 2007).

Otro punto relevante en ésta población es la percepción que tienen cada uno de ellos de sí mismo, la cual es muchas veces negativa, llevándolos a ser más inseguros y a estar más pendientes de aquellos fracasos o posibles errores que puedan cometer, ésta afirmación se ve reflejada en el 44% de los hombres y en el 29% de las mujeres quienes se autocritican por su debilidad o errores; por lo cual, *“los cambios que sufren los pacientes con insuficiencia renal crónica inciden en su propia autoevaluación y autopercepción y, en consecuencia, en su autoconcepto”* (Ruiz, R; Ruiz, L; Quintero y Jurado, 2003, p. 222).

De otra parte, los trastornos del sueño se hacen latentes en la muestra, ya que el 31% de los hombres y el 23% de las mujeres dicen despertarse varias horas antes de lo habitual y ya no pueden volverse a dormir; situación que se repite también en la sala de hemodiálisis, en donde al estar conectados a la máquina muchos de los

pacientes optan por conciliar el sueño como forma más sencilla y rápida de canalizar su angustia durante la sesión, solo lográndolo por un corto lapso de tiempo, lo que les hace más difícil su permanencia en la sala de hemodiálisis. Corroborando lo mencionado anteriormente, un estudio realizado en Egipto con 88 pacientes en tratamiento de hemodiálisis, llegó a la conclusión que la prevalencia de los trastornos del sueño fue del 79,5%, siendo el insomnio el más común con el 65,9%. Además, encontraron una correlación positiva entre el insomnio y algunos trastornos psicológicos como son la ansiedad y la depresión (Sabry, Abo-Zenah, Wafa, Mahmoud, El-Dahshan, Hassan, Abbas, Saleh y Okasha, 2010).

En la patología tratada en ésta investigación se ven afectadas, tanto en hombres como en mujeres, las relaciones sexuales. En relación a esto, Vidal, Andujar, Arilla, Catalán, Écija y Muñoz (s.f.), declaran que son bastante frecuentes las alteraciones que viven estos paciente frente a dicho tema, ya sean debido a otras patologías existentes (diabetes, hipertensión, etc.), la toma de determinada medicación o a problemas de tipo psicológico, que en ultimas, éste es el componente que interesa en el actual estudio, ya que los pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis presentan como causas psicológicas que pueden agudizar su desempeño sexual; el estrés, la ansiedad, sentimientos de culpa, inferioridad o baja autoestima, en base a esto los pacientes de la Fundación participante en este estudio expresan en un 31% los hombres y en un 14% las mujeres que la relación sexual les atrae menos que antes; es así como se observa en el estudio realizado por los autores al inicio mencionado, que los pacientes estudiados se han visto afectados en su vida sexual a raíz de su enfermedad. Por lo tanto, D´Achiardi y Guevara (s.f.) indican que los disturbios de la función sexual, tanto en hombres como en mujeres sometidos a diálisis son muy frecuentes y que *“cerca del 50% de hombres con IRC presentan disfunción eréctil y un porcentaje similar tanto de hombres como de mujeres aquejan disminución de la libido”* (p. 3); motivo por el que Carré (2006) señala, que en la enfermedad renal se expresa el deterioro de la capacidad sexual a través de la disminución del deseo y frecuencia

de relaciones o en su interrupción, muchas veces definitiva, hasta en un 80% de los casos, así como se nota en los datos mencionados por los pacientes de la Fundación en este estudio.

En lo referente a los niveles de ansiedad evaluado a través del BAI, los resultados muestran que el 60% de la población estudiada poseen algún tipo de ansiedad, siendo la más recurrente la ansiedad moderada con un 56,7%. En concordancia a esto, los pacientes al momento de la sesión exponen un sentimiento de preocupación que los atemoriza por lo que pueda ocurrirles, debido que no puede hacerse a un lado que el tratamiento trae consigo ciertas complicaciones físicas como aumento o disminución de la presión arterial, patología que se presenta en un 76,7% de los pacientes evaluados ya que como lo propone Zayas (2009, p. 1), *“la hipertensión arterial es una complicación frecuente en los pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis y es a la vez un factor de riesgo relevante en el desarrollo de complicaciones cardiovasculares”*. Información que puede ratificarse con el estudio llevado a cabo por Paredes (2005), donde además del diagnóstico de insuficiencia renal, los participantes describieron poseer otro(s) diagnóstico(s) asociado(s), tales como hipertensión (35%), diabetes mellitus (10%) y hepatitis C (10%). Es pertinente señalar que en algunos casos, los participantes mencionaron más de una enfermedad asociada, así como se muestra en los resultados encontrados en la población estudiada.

Beck (1985) citado en Psicocentro (2003), manifiesta que la ansiedad se caracteriza por sentimientos de nerviosismo, síntomas fisiológicos como palpitaciones cardíacas y temblor, notándose esto en lo que responde la población masculina en un 37% sentirse moderadamente nervioso así como el 29% de las mujeres, manifestándose a través de latidos del corazón fuerte y acelerado que afirma de manera leve el 50% de las mujeres, notándose moderadamente en el 31% de los hombres.

Cuando los pacientes se encuentran en sala, manifiestan tener sentimientos de incertidumbre, miedo a la muerte y a lo desconocido (Yunyet y Pujolar, s.f.), lo cual, se comprueba en los resultados que el 44% de los hombres manifiestan al sentir severamente temor a morir así como el 36% de las mujeres por lo mismo, el 56% de los hombres y el 21% de las mujeres manifiestan que severamente sienten temor de que ocurra lo peor; lo que genera en los pacientes un sinnúmero de pensamientos negativos y restrictivos puesto que viven aferrados a lo que su experiencia con la enfermedad y tratamiento le ha revelado.

El 31% de los hombres tienen miedo a perder el control de forma moderada, y el 15% de las mujeres levemente sienten este miedo, en base a estos resultados se encontró en una investigación sobre enfermos con insuficiencia crónica renal, que en las personas con este diagnóstico, se ven "*sentimientos de pérdida de control*" (Christensen y Ehlers, 2002; Gregory, Way, Hutchinson, Barret y Parfrey, 1998 citado en Paredes, 2005, p. 9).

De acuerdo a lo encontrado, se pone en evidencia que no hay una relación significativa entre los niveles de ansiedad y depresión con respecto al sexo, contrario a esto en una investigación realizada por Atencio y cols., (2004) se comprobó que la depresión y la ansiedad son más frecuentes en el sexo femenino: 70,59% y 51,02% respectivamente.

Con respecto al tiempo de tratamiento en que se encuentran los pacientes de la fundación se demuestra que a mayor duración en el tratamiento de hemodiálisis menores niveles de depresión y ansiedad. En contraste, con un estudio que realizó Paéz y cols., (2008) donde el nivel de ansiedad correlacionó positivamente con la edad y de forma negativa con la cantidad de meses en tratamiento de hemodiálisis, esto se observa, debido a que en el estudio mencionado el rango de edad fue mayor estuvo entre 25 a 85 años y el tiempo de tratamiento fue menor (meses), indicando que en los primeros meses de tratamiento los pacientes tienden a ser más vulnerables emocionalmente.

En conclusión, se halló una prevalencia del 76,6% de depresión y 60% de ansiedad entre los pacientes con IRC participantes en este estudio, lo que lleva a justificar como lo dicen Álvarez-Ude, Fernández-Reyes, Vázquez, Mon, Sánchez y Rebollo (2001), que las características de la Insuficiencia Renal Crónica y del tratamiento con Hemodiálisis, la incertidumbre con respecto al futuro, la dependencia de máquinas y personal sanitario, las limitaciones en la dieta, los cambios en las relaciones sociales y familiares, en el aspecto físico y en la situación laboral, entre otras, son razones que justifican que los pacientes en HD presenten con frecuencia trastornos emocionales, por lo que con base a lo encontrado se elaboró el programa de intervención cognitivo-conductual, dando así cumplimiento a los objetivos de la investigación.

Finalmente, un padecimiento crónico repercute en el bienestar y calidad de vida de quienes lo padecen y el de sus familiares, sustentando de esta manera Esquivel y cols. (2007), cuando declaran que las manifestaciones de ansiedad y depresión de los acompañantes de los pacientes es parecida a la de estos últimos lo cual afecta en la evolución de los enfermos y la toma de decisiones; pues desde el diagnóstico se altera el estado de salud, debido a que al transcurrir el proceso de la enfermedad se deben adaptar nuevos cuidados que le permitan al paciente seguir una vida ciertamente no igual a la manejada antes de conocer su condición, pero sí que la misma se estabilice y pueda continuar el desarrollo de sus experiencias personales desde todo punto de vista; laboral, personal, social, familiar, económico y el más importante el emocional; situación que es percibida para ellos como una amenaza, ya que para el individuo hay una pérdida en su satisfacción personal (autoimagen, autoconcepto, independencia, autonomía, equilibrio emocional, etc.); por lo tanto, con lo encontrado en los resultados del personal evaluado, se evidencia claramente la necesidad de proporcionarle a los pacientes un tratamiento psicológico, que les permita disminuir la sintomatología depresiva y ansiosa ya descrita, cuyos efectos sean satisfactorios y duraderos,

facilitándole así su estadía en la sesión de hemodiálisis. Ahora, se consideran las técnicas cognitivas-conductuales como las más eficaces en el tratamiento de este tipo de trastornos, por lo que se diseñó un programa de intervención cognitivo-conductual, cuyo contenido teórico, estrategias, técnicas y objetivos están encaminados al abordaje de los requerimientos de la población definidos en este estudio.

Las técnicas base que se tendrán en cuenta para el diseño del programa son; **la psicoeducación** como una forma de proporcionar determinada información, sobre una situación de forma coherente, precisa y sencilla, brindando los elementos necesarios para su comprensión, a través de medios y materiales educativos para orientar al paciente sobre el proceso de la enfermedad y cómo su comportamiento y actitudes contribuyen al desarrollo de la misma. Se trabajará de igual manera la **resolución de problemas**, enfocada como lo sostienen Sánchez y cols. (1999, p. 642) a *“entrenar al sujeto en habilidades que le capaciten para abordar con éxito diferentes problemas”*. Así mismo, la implementación de la **reestructuración cognitiva** encaminadas a identificar y modificar las cogniciones desadaptativas de los sujetos poniendo de relieve su impacto perjudicial sobre la conducta y las emociones Sánchez y cols. (1999). Lo dicho se apoya en el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta que los pacientes de la fundación sostienen como patrones irracionales y que son causa de una falsa interpretación que estos hacen del medio en que se encuentra inmersos, ya que sus afecciones emocionales frente al tratamiento de hemodiálisis que estos reciben por la enfermedad renal que padecen, se debe a la falta de estrategias personales adecuadas que le ayuden a enfrentar su condición por lo cual es una opción óptima para ellos, ofrecerle una intervención psicológica apropiada que les brinde las herramientas básicas para que estos guíen su capacidad de afrontar dicha realidad.

**8. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA  
PACIENTES ADULTOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN  
TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN LA FUNDACIÓN RENAL DE  
COLOMBIA DEL DISTRITO DE SANTA MARTA**

***“YO SOY LO QUE PIENSO, LO QUE SIENTO Y LO  
QUE HAGO”***

**Elaborado por**

**CARLOS ANDRÉS CANTILLO JIMÉNEZ  
DINELLYS MILAGRO CASTRILLO LURÁN  
REBECA CORRO MIRANDA**

**MARLEYN SERRANO RAMÍREZ, MA.  
DIRECTORA**

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
SANTA MARTA D.T.C.H.  
2010.**

## INTRODUCCIÓN

Los problemas relacionados con la salud del ser humano no son considerados simples y exclusivamente a nivel físico, sino que van asociados con el punto de vista psicológico, dentro del cual se incluye el comportamiento y las emociones, mismos que interfieren en el desarrollo de una enfermedad y en la calidad de vida de las personas afectadas. La insuficiencia renal crónica (IRC) es una enfermedad que implica la pérdida gradual y progresiva de la capacidad de los riñones para eliminar los productos de desecho, mantener en equilibrio la cantidad de líquidos en el organismo, controlar la presión arterial, facilitar la producción y mantenimiento de glóbulos rojos y regular los niveles de calcio y fósforo. El paciente debe vivir con la función renal notablemente disminuida y con una alta probabilidad de deterioro de los demás órganos internos, causando en algunos casos enfermedades cardiovasculares (Pérez, Llamas y Legido, 2005), neuropatías, descalcificación de los huesos y anemia, entre otros (Hershrikkin y Stoner, 2005 citado en Contreras, Espinosa y Esguerra, 2008). Siendo así, se puede hablar que los sujetos que padecen IRC en tratamiento de hemodiálisis soportan diversos cambios dentro de su forma común de vida, por los cuales se ven afectados tanto física como psicológicamente y deberán pasar por un ajuste que dependerá de sus características personales y de su entorno familiar puesto que para el paciente, el solo hecho de saber que padece tal enfermedad es *“una ruptura con la normal actividad que realiza en su vida social”* (Vinokur y Bueno, 2002, p. 3), debido a que se ve privado de la libertad con la que podía actuar antes de conocer su estado. *“El paciente sometido a tratamiento de hemodiálisis no sólo está afectado de un determinado órgano del cuerpo; sino que elige el cuerpo mismo como medio de expresión con el mundo, sin poder separar las partes sanas del mismo. Se ve sometido a permanentes pérdidas. La intensidad de la crisis emocional que sobreviene dependerá por un lado de la modalidad del comienzo del tratamiento de la enfermedad y de los mitos y creencias que*

*conlleva la modalidad del tratamiento”* (Macchi, 1991 citado en Vinokur y cols., 2002, p. 3).

Es por lo anteriormente mencionado que dentro del marco psicológico y por ser la patología en mención una *“enfermedad de evolución crónica, con repercusiones en todos los aspectos de la vida del paciente”* (Rudnicki, 2006, p. 3), que se hace primordial comenzar a trabajar en base a las necesidades del individuo enfermo en busca de una atención efectiva para éste a nivel psicológico, pues los problemas de ésta índole no se toman suficiente en cuenta y no es detectada la manera como esos problemas influyen en la producción de síntomas corporales y más concretamente en su calidad de vida (Ivorra, Montiel, Picó, et al., 1999 citado en Moreno, Arena, Porta, Escalant, Canté, Castell, Serrano, Samper, Millán y Cases., 2004). Por tal motivo una de las formas que otorga dicha atención, es la implementación de programas cognitivos-conductuales ya que *“las necesidades de atención de los pacientes con Insuficiencia renal crónica han hecho relevantes a la terapia conductual cognitiva puesto que ofrece estrategias de intervención eficaces”* (Rodríguez, Campillo y Avilés, 1870, p. 1) y se enfocan en el punto exacto que afecta la parte emocional de estos pacientes, por lo cual, con esta investigación se ha diseñado un programa *“basándose en técnicas cognitivo-conductuales, las cuales han resultado favorables para el tratamiento del estrés, ansiedad, angustia y en el manejo y afrontamiento que se tiene al vivir con una enfermedad que invade de manera violenta la calidad de vida del paciente así como de su entorno familiar, social, afectivo y económico”* (Rodríguez y Cols., 1870, p. 1), que busca brindar las herramientas necesarias para el manejo y control de las respuesta de ansiedad y de depresión que se desencadenan al momento del tratamiento de hemodiálisis en los que la soportan, ya que no hay que dejar de lado que el estado psicológico del individuo influye en el control de la enfermedad y en su calidad de vida, por lo tanto realizar intervenciones que les ayuden en su padecimiento es una forma de permitirles continuar con una vida optima aún cuando tengan limitaciones.

Con base a lo ya explicado, se realizó el diseño del presente manual como producto de una investigación sobre las experiencias emocionales negativas que viven los pacientes de la Fundación Renal de Colombia. Este consiste en la intervención grupal para adultos que padecen alteraciones en su estado de ánimo y las respuestas de ansiedad que manifiestan al momento de recibir el tratamiento de hemodiálisis, con el propósito de brindar a los pacientes las técnicas psicológicas cognitivas-conductuales necesarias para el manejo y control de estas alteraciones.

## 8.1. JUSTIFICACIÓN

Siendo la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) una condición en la que la función renal se encuentra reducida debido a la pérdida de nefronas (unidad atómica y funcional del riñón) lo que implica la pérdida gradual y progresiva de la capacidad de los riñones para eliminar los productos de desecho, mantener en equilibrio la cantidad de líquidos en el organismo, controlar la presión arterial, facilitar la producción y mantenimiento de glóbulos rojos y regular los niveles de calcio y fósforo (Contreras y cols., 2008), no implica la sola pérdida del funcionamiento físico que ésta trae consigo, sino que lleva de la mano un sinnúmero de afectaciones psicológicas que interfieren en el conveniente desarrollo de una enfermedad, así lo sostiene a partir del DSM III (DSM III-R y DSM IV) la American Psychiatric Association (APA) citado en (Tobal, Cano, Casado y Escalona, 1994, p. 200) *“los factores psicológicos son importantes en la mayoría de las enfermedades”*, por lo que la patología aquí tratada no se aleja de éste planteamiento, sino que recoge *“diversos grados de alteraciones emocionales, tales como ansiedad y depresión, asociadas a la sintomatología orgánica, a las limitaciones impuestas por la IRC y al tratamiento de hemodiálisis. La intensidad de las reacciones emocionales varía de un paciente a otro dependiendo de la valoración cognitiva que realice del impacto de la enfermedad renal y la HD, sobre sus condiciones de vida; también se relaciona con las habilidades individuales para adaptarse a la condición de dependencia del programa de hemodiálisis”* (Álvarez, Fernández, Vázquez, Mon, Sánchez & Rebollo, 2001 citado en Páez, Jofrè, Azpiroz y De bortoli, 2008, p. 118), que no ayudan a mejorar la condición del paciente sino más bien la incrementa de manera tal que interfieren con el adecuado curso de la enfermedad y su tratamiento. Es común que muchos pacientes frente a la patología *“asuman una posición pesimista y fatalista hacia el futuro, se depriman y no logren adaptarse a las nuevas exigencias; otros reflejan agresividad, ansiedad y comportamientos reactivos ante la enfermedad,*

*intolerancia, egocentrismo, reacciones patológicas de temor, hipocondría, dificultades en las relaciones interpersonales y conflictos familiares”* (Amigó, Fernández y Pérez, 1998, Warnock, 1998 citado en Reyes, 2005, p. 106)

El paciente que padece ésta patología, se encuentra forzado a diversos cambios en su estilo de vida para poder adaptarse a las nuevas limitaciones que la misma otorga, por lo que en este sentido *“la influencia de ésta enfermedad en el desarrollo de la personalidad del paciente es variable y depende de factores que van desde el nivel de madurez que haya alcanzado ésta antes del diagnóstico, hasta las características del medio social en el que se inserta”* (Trincado, Pérez R, Pérez MP, Escalona, Sardinias, García y cols., 2000: Almeida, 1991; Koutsopoulou, Theodosopoulou, Vantsi, Kotrotsiou, Kostandinou y Dounousi, 2002, Christensen, Ehlers, Wiebe, Moran, Raichle y cols., 2002; citado en Reyes, 2005, p. 106) por lo cual es indispensable hacerse un planteamiento objetivo frente a su condición, que aunque puede tornarse difícil en el primer momento de la enfermedad, se puede conseguir un avance que satisfaga todas las necesidades que requiera el paciente emocionalmente. Por lo tanto implementar trabajos que ayuden a mejorar las condiciones psicológicas de ellos es un aporte útil para los mismos ya que, *“un diagnóstico psicológico a través del cual se intente abordar ésta problemática con el objetivo de brindarle a los pacientes distintas herramientas psicológicas para afrontar la enfermedad y su tratamiento”* (Atencio, Nucette, Colina, Sumalave, Gómez & Hiestroza, 2004 citado en Páez y cols., 2008, p. 119), ayuda a incrementar el ajuste emocional que el paciente enfrenta.

Con base en lo anterior, es importante entonces, prestar atención a los pacientes con insuficiencia renal crónica en lo que emocionalmente pueda estar afectándole, pues como lo sustenta Reyes (2005), los Centros de Higiene y Epidemiología conjuntamente con el Instituto de Nefrología a través del Programa Nacional para la prevención de la IRC (1996) y los objetivos, propósitos y directrices en

Nefrología (2000) han venido pautando las estrategias, para la atención a la IRC en los periodos 2001-2005-2010, destacándose dentro de estos el incremento de la salud renal a través de acciones de diversa índole y la educación para la salud en la población, metas en la que la labor del psicólogo puede ser de utilidad ya que, *“pueden y deben realizar esfuerzos desde su saber profesional para disminuir los factores de riesgos y las conductas que pueden hacer a la población vulnerable”* (Reyes, 2005, p. 108), por tal motivo, se permite incluir como estrategia terapéutica desde el punto de vista psicológico, en la presente investigación, la intervención cognitivo-conductual que ha sido el tratamiento de mayor efectividad al momento de transformar los pensamientos distorsionados sobre sí mismo (Suárez, 1989 y Ellis, 1993 citado en Castro y Carrillo, s.f), que tiene los pacientes al padecer alguna enfermedad crónica, pues estos programas, así como lo sostienen (Amigo, Fernández y Pérez 1998; Cáceres, 2004; Holguín, et al., 2006; Lyngcoln, Taylor, Pizzari y Bakus, 2005; Samper y Ballesteros, 1999 citado en Arrivillaga, Varela, Cáceres, Correa y Holguín, 2007), se orientan al desarrollo de habilidades prácticas que permiten el cumplimiento de actitudes y conductas que vinculan al paciente activamente con todo el proceso del tratamiento para que identifiquen las situaciones que le generan emociones negativas y a través de su manejo y control se experimente una mejoría en los síntomas que viven al momento de someterse al tratamiento de la enfermedad. Por lo tanto, según sostienen Contreras y Oblitas (s.f.), toda terapia implicará una modificación de las evaluaciones individuales, que aportará al proceso de modificación de las respuestas (emotivas y/o conductuales), en especial con la terapia cognitivo-conductual que *“es una de las estrategias de intervención que más ha demostrado su eficacia en el manejo de los efectos psicológicos que produce una enfermedad crónica”* (Rodríguez y cols., 1870, p. 7), ya que estos mismos autores manifiestan que se centra en crear habilidades en el momento de enfrentarse y manejar situaciones problemas para así modificar la forma de abordarlas y mejorar su afrontamiento, debido que no se puede cambiar el destino del paciente crónico por lo tanto, exponen Ruiz, R; Ruiz, L; Quintero y Jurado

(2003), que para lograr un tratamiento comprensivo de los pacientes con insuficiencia renal crónica, se requiere la integración de un excelente cuidado médico y psicológico poniendo a consideración los factores específicos para reconocer los problemas psicológicos en los pacientes nefrópatas, dentro de los cuales sobresalen en la dimensión psicosocial del problema, todos los relacionados con el área psicológica (afectiva, funciones Cognoscitivas) y conductual (asistencia irregular a sus tratamientos).

Finalmente, este programa de intervención al ser de tipo cognitivo-conductual se basa en la interrelación de pensamientos, las acciones y los sentimientos del ser humano (Rosselló y Bernal, 2007). Por lo tanto, se hace necesario para el paciente identificar los pensamientos y conductas que inciden en su estado de ánimo, para aprender a tener un mayor control sobre los sentimientos que se generan en relación a la enfermedad (IRC) y el tratamiento, respectivamente.

## **8.2. OBJETIVOS**

### **8.2.1. OBJETIVO GENERAL**

Brindar al paciente las técnicas psicológicas cognitivo-conductuales necesarias para el manejo y control del estado del ánimo y de las respuestas de ansiedad asociadas al tratamiento de hemodiálisis, en pacientes con IRC.

### **8.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Psicoeducar al grupo de pacientes en las condiciones medicas, psicológicas y sociales de la enfermedad y en los principios del entrenamiento cognitivo-conductual.
- Entrenar a los pacientes en estrategias cognitivo-conductuales de control emocional, para el manejo de la ansiedad perturbadora.
- Entrenar al paciente en técnicas cognitivo-conductuales de control del estado de ánimo.
- Instruir al paciente sobre las estrategias cognitivo-conductuales de resolución de problemas, que le permitan una mejor calidad de vida.

### 8.3. PROTOCOLO DE LAS SESIONES DE TRABAJO

#### 8.3.1. SESIÓN 0

**Tema:** Inaugural.

- 8.3.1.1. **Objetivo:** Sensibilizar al grupo de pacientes sobre el programa, su participación, la finalidad y justificación del programa.
- 8.3.1.2. **Logro:** Que la población acceda a participar en el desarrollo del programa de intervención; motivados y comprometidos en la asistencia y realización de las actividades propias del programa.
- 8.3.1.3. **Procedimiento:** Explicarles a los pacientes que se encuentran en sala el propósito del programa y sus beneficios para sí mismo referente a la enfermedad y el tratamiento. De igual forma, se llevará a cabo la presentación de los psicólogos profesionales a cargo del programa de intervención y los puntos clave a tener en cuenta durante el desarrollo de la terapia.
- 8.3.1.4. **Material didáctico:** Presentación, folletos informativos que contengan el material de presentación y motivación sobre el programa.
- 8.3.1.5. **Tarea para casa:** Asistir puntualmente y firma de contrato conductual de participación en el taller.
- 8.3.1.6. **Tiempo de la sesión:** 90 minutos.

### 8.3.2. SESIÓN 1

**Tema:** APRENDIENDO SOBRE MI ENFERMEDAD.

- 8.3.2.1. **Objetivo:** Realizar una actividad de psicoeducación sobre la condición médica y la relación con los aspectos psicológicos y sociales que impactan la calidad de vida del paciente.
- 8.3.2.2. **Logro:** Dominio de los elementos teóricos, manifestaciones clínicas y experiencias de la enfermedad. Debido a que como lo justifica Beck, J (2000) es importante que el profesional logre que el proceso de la terapia sea comprensible tanto para él como para el paciente.
- 8.3.2.3. **Procedimiento:** Psicoeducar sobre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la enfermedad y su tratamiento exponiendo las técnicas básicas para el manejo y control del estado del ánimo y de las respuestas de ansiedad que se desencadenan al momento de recibir el tratamiento de hemodiálisis. Esto debido a que los problemas relacionados con la salud del ser humano no son considerados simples y exclusivamente a nivel físico, sino que van asociados con el punto de vista psicológico, dentro del cual se incluye el comportamiento y las emociones, mismos que interfieren en el desarrollo de una enfermedad y en la calidad de vida de las personas afectadas.
- 8.3.2.4. **Material requerido:** Presentación de psicoeducación como estrategia básica para la sensibilización, dominio teórico, experiencial y el desarrollo de las diferentes actividades del programa.
- 8.3.2.5. **Tarea para casa:** Asistir puntualmente y firma de contrato conductual de participación en el taller.

8.3.2.6. **Tiempo de la sesión:** 50 minutos.

### 8.3.3. **SESIÓN 2**

**Tema:** A DORMIR EL CUERPO.

8.3.3.1. **Objetivo:** Educar a los pacientes sobre un método de relajación que les permita obtener un profundo restablecimiento físico y psíquico, además de ser de fácil aprendizaje y aplicabilidad en cualquier edad, momento y lugar.

8.3.3.2. **Logro:** Que los pacientes aprendan a utilizar la relajación en el momento del tratamiento.

8.3.3.3. **Procedimiento:** La técnica de entrenamiento autógeno de Schultz se basa en frases auto-sugestivas de sensaciones que son propias de la persona y que generan una respuesta individual (autógena) de relajación y calor entre otras, provocando una armonización de las funciones del sistema nervioso.

Para este autor, la postura más conveniente para realizar los ejercicios es sentado, lo que les facilita a los pacientes hacerlos mientras se encuentran en la sesión de hemodiálisis. Así mismo, a lo largo de este procedimiento se sugiere la frase: “estoy en calma o estoy tranquilo, muy tranquilo”, esto es con el fin de orientarlos e indicar el estado sugerido.

8.3.3.4. **Material didáctico:** Música de relajación, cuadro de registro.

8.3.3.5. **Tarea para casa:** Practicar el ejercicio y llevar el registro diario del tiempo dedicado a la relajación; este incluye el momento del día destinado a la práctica, el entorno, el periodo de tiempo dedicado y la reacción del paciente a la experiencia o el nivel de relajación valorado en base a una escala de 5 puntos.

8.3.3.6. **Tiempo de la sesión:** 50 minutos.

### 8.3.4. SESIÓN 3

**Tema:** IMAGINÁNDOME UN MUNDO SIN PROBLEMAS.

8.3.4.1. **Objetivo:** Instruir a los pacientes sobre el uso adecuado de la relajación mental a través de la imaginación para controlar emociones durante el desarrollo del tratamiento.

8.3.4.2. **Logro:** Que los pacientes aprendan y utilicen la relajación mental en las situaciones que le generan intranquilidad.

8.3.4.3. **Procedimiento:** Desde el ámbito de las emociones, la relajación es definida como un estado con características fisiológicas, subjetivas y conductuales similares a las de los estados emocionales, pero de signo contrario (Caballo, 1998). De otra parte, la relajación mental empleando la imaginación o fantasía como método de manejo, ayuda al cliente a fantasear y no concentrarse así en el estrés, la provocación o el dolor (Cormier y Cormier, 1994).

Los profesionales a cargo se dirigirán a los pacientes cuando ya éstos se encuentren conectados a las maquinas y le explicarán la técnica de visualización.

8.3.4.4. **Material didáctico:** Grabadora, Música suave. Registro de relajación.

8.3.4.5. **Tarea para casa:** El paciente deberá llevar un registro diario del tiempo dedicado a la relajación; este registro incluye el momento del día destinado a la práctica, el entorno, el periodo de tiempo dedicado y la reacción del paciente a la experiencia o el nivel de relajación valorado en base a una escala de 5 puntos.

8.3.4.6. **Tiempo de la sesión:** 50 minutos.

### 8.3.5. SESIÓN 4

**Tema:** APRENDIENDO A RESPIRAR PARA LOGRAR TRANQUILIDAD.

- 8.3.5.1. **Objetivo:** Enseñar sobre como las emociones son asociadas a situaciones que pueden desencadenar tensión, estrés y ansiedad perturbadora. Una vez se cumpla el objetivo psicoeducativo, se entrenará al paciente en técnicas de autocontrol emocional. La primera competencia de control emocional es la respiración abdominal profunda, la cual les permite a los pacientes conseguir rápidamente un estado de relajación; además no requiere mucho tiempo de aprendizaje y se puede hacer en cualquier posición, facilitando así su práctica en el momento de la sesión del tratamiento de hemodiálisis.
- 8.3.5.2. **Logro:** Que los participantes aprenda la respiración abdominal profunda y emplee la forma adecuada de hacerlo al momento de sentirse afectado por el tratamiento.
- 8.3.5.3. **Procedimiento:** Para iniciarse en la práctica de esta técnica podemos empezar por la observación de la respiración, continuando con la respiración abdominal profunda.
- 8.3.5.4. **Material requerido:** Grabadora, música de relajación.
- 8.3.5.5. **Tarea para casa:** El paciente deberá llevar un registro diario del tiempo dedicado a la relajación; este registro incluye el momento del día destinado a la práctica, el entorno, el periodo de tiempo dedicado y la reacción del paciente a la experiencia o el nivel de relajación valorado en base a una escala de 5 puntos.
- 8.3.5.6. **Tiempo de la sesión:** 50 minutos.

### 8.3.6. SESIÓN 5

**Tema:** PIENSO, SIENTO Y ACTÚO.

- 8.3.6.1. **Objetivo:** Enseñar al paciente la relación que hay entre pensamiento, emoción y conducta y la influencia que ejercen las interpretaciones individuales de las situaciones en estos elementos.
- 8.3.6.2. **Logro:** Que los pacientes comprendan la relación entre pensamiento, emoción y conducta al momento de interpretar las situaciones que viven durante el tratamiento al cual son sometidos.
- 8.3.6.3. **Procedimiento:** El profesional a cargo expondrá a los pacientes la relación entre pensamiento, emoción y conducta a través de un caso. De éste modo, se les da la posibilidad a los participantes de que puedan ver cierta similitud entre ellos mismo y determinados estereotipos que no les implique su participación personal.
- 8.3.6.4. **Material Didáctico:** Taller sobre el papel de las emociones en las conductas y el pensamiento.
- 8.3.6.5. **Tarea para casa:** Realizar el registro donde se identifique la relación de pensamiento, emoción y conducta.
- 8.3.6.6. **Tiempo de la sesión:** 50 minutos.

### 8.3.7. SESIÓN 6

**Tema:** LO QUE PIENSO AFECTA MI SALUD.

- 8.3.7.1. **Objetivo:** Identificar las cogniciones y pensamientos descritas en ideas irracionales y auto-enunciados correctos e incorrectos que afecta la enfermedad generando desadaptación.
- 8.3.7.2. **Logro:** Que la población evaluada logre identificar aquellos pensamientos de polaridad positiva y negativa que limitan su adecuado control emocional frente al tratamiento.
- 8.3.7.3. **Procedimiento:** Entrenar al grupo de pacientes sobre el registro y automonitoreo de pensamientos, imágenes y recuerdos asociados a la enfermedad.

Identificar los pensamientos automáticos asociados a la sintomatología de ansiedad y de depresión que aumentan los síntomas fisiológicos y psicológicos.

A través de los autoregistros se busca que el paciente fortalezca la idea de que los auto-enunciados negativos pueden influir sobre la ejecución y particularmente puede causar un desaliento emocional y afectar esa ejecución. Así como también, como lo señala Thorpe (1973) citado en Cormier y Cormier (1994), el propósito de la reestructuración cognitiva es iniciar con el automonitoreo de situaciones con el fin de mostrar al individuo la improductividad de los pensamientos negativos, cómo estos destruyen metas, en vez de mostrarles que sus ideas son erróneas.

El profesional encargado debe explicar que cada miembro debe estar atento a reconocer sus cogniciones y establecer la relación de esta con sus emociones y su conducta de modo que desde el punto de vista emocional de los factores que influyen negativamente en el tratamiento y le producen ansiedad, una vez que se identifiquen pueden ser modificados. Esto ocurre cuando se logra conocer el momento en que se producen los enunciados negativos, ya que los factores no

son secretos, sino que son los procesos de pensamiento que los mismos pacientes experimentan en un momento específico del tratamiento, por lo que se aprenderá a controlar los procesos de pensamiento y atención. Ahora bien, con el aval del paciente para dar inicio a esta sesión se prosigue a analizar los pensamientos que le provocan ansiedad, examinando como lo dice (Meichenbaum, 1974 citado en Cormier y Cormier, 1994) tanto la situación como el contenido de los pensamientos en dicha situación.

8.3.7.4. **Material requerido:** Hojas de registro.

8.3.7.5. **Tarea para casa:** Observar y registrar situaciones en las cuales se observen eventos, pensamientos y emociones asociadas, así como las conductas consecuentes en una situación.

Ésta identificación es importante ya que es una forma de determinar si el paciente dispone de auto-enunciados positivos y negativos o si solo genera pensamientos negativos, si aparecen pensamientos autoreforzantes, se puede decir que el paciente es consciente de que dispone ya de alternativas en su estilo de pensamiento. Si no existe ninguna muestra de pensamiento autoreforzante, esta es la señal de que se requiere atención especial.

8.3.7.6. **Tiempo de la sesión:** 50 minutos.

### 8.3.8. SESIÓN 7

**Tema:** CAMBIANDO MIS PENSAMIENTOS NEGATIVOS PARA MEJORAR MI ESTADO DE ANIMO.

8.3.8.1. **Objetivo:** Modificar los pensamientos irracionales ya identificados.

8.3.8.2. **Logro:** Que la población logre identificar, debatir y reestructurar las ideas negativas que les afectan emocionalmente al momento del tratamiento.

8.3.8.3. **Procedimiento:** La reestructuración cognitiva se da en 6 pasos principalmente:

1. Explicación. Propósitos y revisión del procedimiento.
2. Identificación de los pensamientos del paciente durante las situaciones problemáticas.
3. Introducción y práctica de los pensamientos de manejo.
4. Sustitución de los pensamientos auto-punitivos por pensamientos de manejo.
5. Introducción y práctica de auto-enunciados positivos o reforzantes.
6. Tareas para casa y seguimiento.

8.3.8.4. **Material didáctico:** Registros de pensamiento, debate socrático.

8.3.8.5. **Tarea para casa:** Registro de pensamiento donde se incluya el análisis de pensamiento alternativo y de reestructuración de creencias.

8.3.8.6. **Tiempo de la sesión:** 50 minutos.

### 8.3.9. SESIÓN 8

**Tema:** LO QUE YO CREO.

- 8.3.9.1. **Objetivo:** Enseñar al paciente a identificar las creencias erróneas que posee para que los evalúe de forma adecuada ante el tratamiento.
- 8.3.9.2. **Logro:** Que los pacientes identifiquen, debatan y modifiquen sus creencias erróneas para así mejorar su estado de ánimo.
- 8.3.9.3. **Procedimiento:** Con la estrategia de psico-educación se enseñará sobre la relación existente entre los aspectos cognitivos asociados a su enfermedad; para lo cual se realizará una breve presentación conceptual y práctica.
- 8.3.9.4. **Material didáctico:** Conferencia – taller sobre creencias y el impacto en el bienestar del paciente, registros de pensamiento, guía de identificación de creencias.
- 8.3.9.5. **Tarea para casa:** Identificar en los registros de pensamiento las creencias negativas que impactan en el bienestar del paciente.
- 8.3.9.6. **Tiempo de la sesión:** 50 minutos.

### 8.3.10. SESIÓN 9

**Tema:** LOS PROBLEMAS TIENEN SOLUCIÓN.

8.3.10.1. **Objetivo:** Entrenar a los pacientes en técnicas de resolución de problemas dirigido a la solución de las dificultades que se presentan al momento del tratamiento y que pueden afectar el adecuado curso de este.

8.3.10.2. **Logro:** Que los participantes disminuyan la sintomatología que afecta el estado del ánimo.

8.3.10.3. **Procedimiento:** La capacidad general de resolución de problemas comprende una serie de habilidades específicas, en vez de una sola capacidad unitaria. Según D'Zurilla Y Nezu (1982) y (D'Zurilla y Goldfried, 1971) citado en Caballo (1998), la solución de problemas requiere 5 procesos componentes interactuantes, cada uno de los cuales aporta una determinada contribución a la solución eficaz del problema. Estos procesos son:

1. Orientación hacia el problema
2. Definición y formulación del problema

8.3.10.4. **Material didáctico:** presentación de la información, video beam

8.3.10.5. **Tarea para casa:** El paciente debe identificar cual es la situación que desencadena inconvenientes en sí mismo y cuál es el problema que no tiene solución para el frente a esa situación.

8.3.10.6. **Tiempo de la sesión:** 50 minutos.

### 8.3.11. SESIÓN 10

**TEMA:** ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN Y SUS POSIBLES CONSECUENCIAS.

#### 8.3.11.1. **Objetivos:**

- Disponer del mayor número de soluciones alternativas al problema posibles.
- Analizar los efectos que generan cada una de las alternativas de solución.

8.3.11.2. **Logro:** Que los participantes busquen posibles alternativas de solución y sus consecuencias.

#### 8.3.11.3. **Procedimiento**

- Generación de alternativas
- Toma de decisiones.

8.3.11.4. **Material didáctico:** presentación de la información, video beam.

8.3.11.5. **Tarea para casa:** El paciente debe realizar una lista de posibles soluciones frente al problema que señaló en la sesión anterior.

8.3.11.6. **Tiempo de la sesión:** 50 minutos.

### 8.3.12. SESIÓN 11

**Tema:** PONIENDO EN MARCHA MI SOLUCIÓN.

8.3.12.1. **Objetivo:** Aplicar las opciones de solución escogidas por el paciente y valorar los resultados de estas.

8.3.12.2. **Logro:** Que los pacientes apliquen correctamente la técnica de resolución de problemas.

8.3.12.3. **Procedimiento:** Puesta en práctica de la solución y verificación.

8.3.12.4. **Material didáctico:** presentación de la información, video beam.

8.3.12.5. **Tarea para casa:** El participante debe seleccionar de la lista de soluciones realizadas la que según su consideración sea viable para el problema, de esta manera será desarrollada y así evaluar la efectividad de esta.

8.3.12.6. **Tiempo de las sesiones:** 50 minutos.

### 8.3.13. Sesión 12

**Tema:** RETROALIMENTACIÓN.

8.3.13.1. **Objetivo:** Verificar el aprendizaje de los pacientes frente al programa implementado.

8.3.13.2. **Logro:** Que los pacientes demuestren la puesta en marcha de los conocimientos adquiridos durante el desarrollo del programa.

8.3.13.3. **Procedimiento:** Aplicación del inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) para conocer el estado emocional en el que se encuentran los pacientes después de haber sido sometidos al proceso de terapia cognitivo conductual. Así como también la exposición de ideas sobre la percepción del programa y el efecto que produjo en los pacientes.

8.3.13.4. **Material didáctico:** Hojas de registro de IBD y BAI.

8.3.13.5. **Tiempo de la sesión:** 120 minutos.

## **9. ASPECTOS ÉTICOS INVOLUCRADOS EN LA INVESTIGACIÓN**

La presente investigación no presenta riesgo para la salud de los participantes, no obstante, estará sometida a lo dictaminado por el Colegio colombiano de psicólogos en la ley 1090 de 2006 por el cual se reglamenta el Código deontológico y ético del psicólogo, el cual expone en el capítulo VII desde los artículos 49 al 50 y del 55 al 56 los lineamientos por los cuales se rigen los profesionales de la psicología durante la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones.

En ésta investigación los participantes firmaron el consentimiento informado y se les garantizó su derecho a la privacidad, guardando sus nombres y datos que los puedan identificar.

## 10.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, P., Chaparro, L. y Rey, C. (2008). Estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis y trasplante renal. Revista Colombiana de Psicología, 17, pp. 11-12. Extraído el 16 de mayo de 2009. Desde <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/1233/10031>.
- Alarcón, A. (2004) La depresión en el paciente renal. Revista colombiana de psiquiatría, 33(3). Extraído el 11 de Octubre de 2007 desde <http://www.psiquiatria.org.co/php/docsRevista/12528renal.pdf>.
- Álvarez-Ude, F., Fernández-Reyes, M., Vázquez, A., Mon, C., Sánchez, R. y Rebollo, P. (2001). Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas. NEFROLOGÍA. Vol. XXI (2). Extraído el 20 de Mayo de 2008 desde [www.revistanefrologia.com/mostrarfile.asp?ID=354](http://www.revistanefrologia.com/mostrarfile.asp?ID=354).
- Aparicio, M. (2004). Calidad de vida en pacientes pediátricos con enfermedad renal crónica y repercusión psicológica en sus padres. Memoria presentada para optar al grado de doctor. Extraído el 20 de febrero de 2010, desde <http://eprints.ucm.es/tesis/med/ucm-t26603.pdf>.
- Arrivillaga, M., Varela, M., Cáceres, D., Correa, D., y Holguín, L. (2007). Eficacia de un programa cognitivo-conductual para la disminución de los niveles de presión arterial. Pensamiento psicológico Vol. 3 (9). Extraído el 09 de febrero de 2010 desde [http://portales.puj.edu.co/psicorevista/components/com\\_joomlib/ebooks/R9\\_Pag\\_33-49.pdf](http://portales.puj.edu.co/psicorevista/components/com_joomlib/ebooks/R9_Pag_33-49.pdf).
- Atencio, J., Nucette, E., Colina, j., Sumalave, H., Atencio, F., Hinestroza, D. (2004). Evaluación de la depresión y ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. Órgano de la sociedad

venezolana de psiquiatría. 50 (p. 103), Extraído el 11 octubre de 2007. Desde <http://www.svp.org.ve/paginas/artrevista.php?id=23>.

- Bados, A., García, E. y Fusté, A. (2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/ Vol. 2 (3)*. Extraído el 15 de Febrero de 2010 desde [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-52.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-52.pdf).
- Ballester, R. (2003). Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivo-comportamental para mejorar la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con infección por VIH/SIDA. *Psicothema*, 15 (004), p 517. Extraído el 9 de Febrero de 2010 desde <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/727/72715402.pdf>.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emey, G. (2005). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Editorial DESCLÉE DE BROUWER S.A.
- Beck, A. (1988) *Inventario de ansiedad de Beck Beck Anxiety Inventory – BAI* Extraído el 12 de Junio de 2009 desde [entline.free.fr/.../243%20%20Instrucciones%20inventario%20de%20ansiedad%20de%20Beck](http://entline.free.fr/.../243%20%20Instrucciones%20inventario%20de%20ansiedad%20de%20Beck).
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*, prólogo de Aaron Beck. Editorial Gedisa. Barcelona, España.
- Boerma, T. (2008). Las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte en el mundo. *Diario C*. Extraído el 10 de Febrero de 2010 desde [http://www.diarioc.com.ar/salud/Las\\_enfermedades\\_cronicas\\_son\\_la\\_principal\\_causa\\_de\\_muerte\\_en\\_el\\_mundo/104890](http://www.diarioc.com.ar/salud/Las_enfermedades_cronicas_son_la_principal_causa_de_muerte_en_el_mundo/104890).
- Borrero, R. (2009). La enfermedad renal en el mundo. Extraído el 07 de enero de 2010 desde: [http://prevencionrenal.com/index.php?view=article&catid=2%3Ageneral&id=6%3Aaenfermedadrenalenelmundo&format=pdf&option=com\\_content&Itemid=2](http://prevencionrenal.com/index.php?view=article&catid=2%3Ageneral&id=6%3Aaenfermedadrenalenelmundo&format=pdf&option=com_content&Itemid=2).

- Bustamante, G. (2003) Terapia cognitiva comportamental en el TAG. Extraído el 05 de febrero de 2010 desde: [ar.lundbeck.com/.../APSA%2021Bustamante%20af%20ruta%20MAG.doc](http://ar.lundbeck.com/.../APSA%2021Bustamante%20af%20ruta%20MAG.doc).
- Caballo, V. (1998). Manual de técnica de terapia y modificación de conducta. Cuarta edición. Siglo XXI de España editores S.A. Madrid-España.
- Carré, V. (2006). Relación entre el nivel de inteligencia emocional y el nivel de depresión en los pacientes de la unidad de hemodiálisis del hospital Víctor Lazarte Echeagaray de la ciudad de Trujillo. Tesis para optar título de pregrado en psicología. Extraído el 10 de enero de 2010 desde [ucvvirtual.edu.pe/portal/escuelas/psicologia/tesis\\_ps/.../T230.doc](http://ucvvirtual.edu.pe/portal/escuelas/psicologia/tesis_ps/.../T230.doc) –.
- Casal, J. y Mateu, E. (2003). Tipos de muestreo. Rev. Epidem. Med. Prev. Vol. 1 (3-7). Extraído el 15 de Julio de 2009 desde <http://minnie.uab.es/~veteri/21216/TiposMuestreo1.pdf>.
- Cassareto, M. y Paredes, R. (2006). Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. Revista de Psicología de la PUCP. Vol. 24 (1). Extraído el 10 de Noviembre de 2009 desde <http://pergamino.pucp.edu.pe/psicologia/sites/pergamino.pucp.edu.pe/psicologia/files/images/Psicologia-5-2006-1.pdf>.
- Castro, A. y Carrillo, I. (s.f). Convergencias entre ansiedad y depresión en universitarios. Extraído el 20 de febrero de 2010 desde <http://www2.uacj.mx/UniversidadSaludable/memorias/documentos/PDF%20Resumenes/-CONVERGENCIAS%20ENTRE%20ANSIEDAD%20Y%20DEPRESION%20EN%20UNIVERSITARIOS.pdf>
- Colegio colombiano de psicólogos (2006). Ley 1090 de 2006 extraído el 09 de Febrero de 2010 desde: <http://www.psicologiapropectiva.com/introley1090.html>.

- Contreras, A. y Oblitas, L. (s.f.). terapia cognitivo conductual. Extraído el 05 de Febrero de 2010 desde [http://www.librosdepsicologia.com/product\\_details.php?item\\_id=31](http://www.librosdepsicologia.com/product_details.php?item_id=31).
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J., Gutiérrez, C. y Fajardo, L. (2006). Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Univ. Psychol. vol.5 (3). Extraído el 6 de Abril de 2009 desde [http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V5N303\\_calidadvidaadhesiontratamientoinsufi.pdf](http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V5N303_calidadvidaadhesiontratamientoinsufi.pdf).
- Contreras, D., Moreno, M., Martínez, N., Araya, P., Livacic-Rojas, P. y Vera-villaroel, P. (2006) Efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre variables emocionales en adultos mayores. Revista Latinoamericana de Psicología vol. 38 (1). Extraído el 20 Enero de 2010 desde <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/rlp/v38n1/v38n1a03.pdf>.
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J. y Gómez, V. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. extraído el 11 de Abril de 2008 desde: <http://regweb.ucatolica.edu.co/publicaciones/psicologia/ACTA/v10n2/articulosrevista/art-15%20169-179.pdf>.
- Contreras, F., Espinosa, J. y Esguerra, G. (2008). Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Psicología y Salud, Vol. 18, No. 2, pp. 165-179, July-December 2008*. Extraído el 11 de Abril de 2008 desde <http://www.alapsa.org/v2/revista/index.php/psicologiaysalud/article/view/7/6>
- Cormier, W. y Cormier, L. (1994). Estrategias de entrevista para terapeutas. Desclée de Brouwer, Bilbao, pág. 452-457.
- D'Achiardi, R. y Guevara, MD. (s.f.). Disfunción sexual e insuficiencia renal crónica. Extraído el 20 de Febrero de 2010 desde

<http://www.sexologia.com/index.asp?pagina=http://www.sexologia.com/articulos/salud/Disfuncionsexualinsuficienciarenalcronica.htm>.

- Del pino, A., Gaos, M., Dorta, R. y García, M. (2004). Eficacia de un programa cognitivo-conductual para modificar conductas prono-coronarias. *Psicothema*. Vol. 16 (4). Extraído el 9 de Febrero de 2010 desde <http://www.psicothema.com/pdf/3046.pdf>.
- Esquivel, C., Buendía, F., Villa, F., Ontiveros, R., Velazco, V. y Martínez, J. (2007). Ansiedad y depresión en familiares de pacientes hospitalizados. *Medicina Interna de México* Vol. 23 (6). Extraído el 10 de Mayo de 2010 desde: <http://www.nietoeditores.com.mx/download/med%20interna/noviembre-diciembre%202007/Med%20Int-512-16.pdf>.
- Flórez, L. (2004). *Psicología de la salud*. Bogotá. Extraído el 23 de mayo de 2008 desde <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-141-1-psicologia-de-la-salud.html>.
- Fuentes, N. y Ojeda, A. (2007). Soporte y red social en el adulto maduro con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus tipo 2 en riesgo de insuficiencia renal. *Biblioteca las casas* Vol. 3 (3). Extraído el 9 de Febrero de 2010 desde <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0261.php>.
- Fundación para la promoción de la calidad de vida (s.f). *Enfermedades crónicas*. Extraído el 07 de enero de 2010 desde <http://www.calvida.com/tripticos/TrEnfermedades.pdf>.
- Gómez, C. (2005). El peso de la insuficiencia renal crónica en el sistema de salud. *El pulso*. Medellín. Extraído el 12 de mayo de 2008 desde <http://www.periodicoelpulso.com/html/feb05/general/general-11.htm>.
- Gómez, J. (2007). Factores socio-culturales intervinientes en la calidad de vida de pacientes con tratamiento de diálisis: estudios de casos. Extraído el día 5 de Marzo de 2009 desde: [hera.ugr.es/tesisugr/16917327.pdf](http://hera.ugr.es/tesisugr/16917327.pdf) –.
- Gómez, Y. (2007). Cognición, emoción y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados. *Revista latinoamericana de psicología* Vol. 39

(3). Extraído el 23 de Enero de 2010 desde: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012005342007000300001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012005342007000300001&script=sci_arttext).

- González, M. (2003). Depresión. Conferencia Joseph Sandler, 29 de Marzo 2003. Discusión del trabajo de Hugo Bleichmar “Subtipos de depresión, sus interrelaciones e implicaciones para el tratamiento psicoanalítico”. Extraído el 12 de mayo de 2008 desde: <http://www.aperturas.org/14gullestad.html>.
- Hernández, R., Fernández, C y Baptista, P. (2003). Metodología de la investigación. Tercera edición. McGraw Hill. México, D.F.
- Holguín, L., Correa, D., Arrivillaga, M., Cáceres, D., y Varela, M. (2006). Adherencia al Tratamiento de Hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención Biopsicosocial. Univ. Psychol. Vol. 5 (3). Extraído el 28 de febrero de 2009 desde: [www.sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/descarga.php?id=140](http://www.sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/descarga.php?id=140).
- Infocop (2008). Los beneficios de los tratamientos psicológicos, ¿qué dicen los expertos? Extraído el 04 de enero de 2010 desde [http://www.infocoponline.es/view\\_article.asp?id=2013](http://www.infocoponline.es/view_article.asp?id=2013).
- Infocop (2008). Tratamiento cognitivo conductual para pacientes con enfermedad renal sometidos a diálisis. Extraído el 14 de Febrero de 2010 desde [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=2113](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2113).
- Información de contexto (s.f.). Guías de práctica clínica y los modelos de gestión de VIH/sida y ERC. Extraído el 11 de octubre de 2007 desde: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/pars/library/documents/DocNewsNo16539DocumentNo6283.PDF>.
- Insaurralde, R., Leiva, C., Portillo, F., Báez, J., Cabral, G., y Di Bernardo, J. (2007). Resúmenes de trabajos. Vol. 5 (2) Extraído el 27 de Diciembre de 2009 desde [http://san.org.ar/revistas/n2\\_vol5\\_2007/17resumenes.pdf](http://san.org.ar/revistas/n2_vol5_2007/17resumenes.pdf).

- Jaén, R. (s.f.). Terapia cognitivo-conductual en el manejo de la depresión y ansiedad. Extraído el 15 de Enero de 2010 desde <http://www.psiesia.com/psiesia/docs/4-TCCdelaAnsiedadDepresion.DOC>.
- Jomed (2009). Calidad de vida en pacientes crónicos. Extraído el 26 de Diciembre de 2009 desde <http://visionpsicologica.blogspot.com/2009/06/calidad-de-vida-en-pacientes-cronicos.html>.
- Labrador, J., Fernández, M. y Rincón, P. (2006). Eficacia de un programa de intervención individual y breve para el trastorno por estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. Vol. 6 (3) p 527. Extraído el 9 de Febrero de 2010 desde [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-190.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-190.pdf).
- López, C., Jaramillo, A., Jaimes, J., Muñoz, J., Murcia, B., Sánchez, C. (2005). Colombia prevalencia de enfermedad renal y entidades asociadas: una base para la promoción de la salud en la población de Simijaca. *Revista de la facultad de medicina* 63 vol. 10 no. 1.
- López, J., Gómez, G., y González, E. (2000). Sobre las necesidades psicológicas de los paciente en tratamiento de hemodiálisis. *Psiquis*, 21 (6). Extraído el 28 de Diciembre de 2009 desde [http://www.psiquis.com/art/00\\_21\\_n06\\_A02.pdf](http://www.psiquis.com/art/00_21_n06_A02.pdf).
- Magaz, A. (2003). Efectos psicológicos de la insuficiencia renal crónica: diferencias en función de los tratamientos médicos. Extraído el 07 de enero de 2010 desde <http://www.calvida.com/Enfermedades2.htm>.
- Manzanera-Escarti, R., Ibañez-Tarín, C., Scoufalos, S. y Arbesú-prieto, J. (2008). Terapia cognitivo conductual y medicina de familia en el tratamiento integral de la depresión. Aproximación práctica. *SEMERGEN - Medicina de Familia Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista* Vol. 33 (8). Extraído el 05 de Febrero de 2010 desde [http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=ArticleURL&\\_udi=B94SK-](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B94SK-)

4TXGNRK-

6&\_user=10&\_coverDate=10%2F31%2F2007&\_rdoc=1&\_fmt=high&\_orig=search&\_sort=d&\_docanchor=&view=c&\_searchStrId=1285395530&\_rerunOrigin=scholar.google&\_acct=C000050221&\_version=1&\_urlVersion=0&\_usefid=10&md5=52f938d0e158c5586d4c4e4bdbe3d63b.

- Martínez, F. y Valencia, M. (2005). Modelo de prevención y control de la enfermedad renal crónica componente de un modelo de salud renal. Extraído el 29 de Mayo de 2008 desde: [medicosgeneralescolombianos.com/MODELO%20ERC.pdf](http://medicosgeneralescolombianos.com/MODELO%20ERC.pdf).
- Martínez, M., Martínez, C. y Ribes, E. (2007) ¿Por qué no diagnosticamos los niveles de depresión, ansiedad y estrés en los pacientes en hemodiálisis? Extraído el 12 de mayo de 2008 desde <http://www.cin2007.uninet.edu/es/trabajos/fulltext/95.pdf>.
- Matorelli, A. y Mustaca, A. (2004). Psicología positiva, salud y enfermos renales crónicos. Rev. Nefrol. Diál. y Transpl., Volumen 24 (3). Extraído el 11 de Octubre de 2007 desde [http://www.renal.org.ar/revista/Vol24/3/24\\_3\\_99.htm](http://www.renal.org.ar/revista/Vol24/3/24_3_99.htm).
- Mera, M. (2007). Calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis. Tesis de título a grado, universidad austral de Chile. Extraído el 05 de Marzo de 2009 desde [cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fmm552c/doc/fmm552c.pdf](http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fmm552c/doc/fmm552c.pdf) –.
- Moreno, E., Arenas, M., Porta, E., Escalant, L., Cantó, M., Castell, G., Serrano, F., Samper, J., Millán, D. y Cases, J. (2004). Estudio de la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes en hemodiálisis. Revista de la sociedad española de enfermería nefrológica. Vol. 7 No. 4 Madrid. Extraído el 11 de Abril de 2008. Desde: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113913752004000400004&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113913752004000400004&script=sci_arttext).

- Napan, M. (2004). Nivel de conocimientos en pacientes sometidos a hemodiálisis luego de participar en una actividad educativa de enfermería, Centro de Diálisis del Norte S.A.C. TESIS Para optar el Título Profesional de Licenciado en enfermería. Extraído el 20 de Febrero de 2010 desde [http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2004/napan\\_nm/html/sdx/napan\\_nm.html](http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2004/napan_nm/html/sdx/napan_nm.html).
- Oblitas, L. (2006). Psicología de la salud y calidad de vida. Segunda edición. Thomson. pp. 250-251. México D.F.
- Ojeda, M., Herrera, F., Fernández, M., Granda, A., Gallo, M., Frassetto, J. y Aterido, T. (2000). Calidad de vida del paciente en diálisis: un reto permanente. Extraído el 5 de Marzo de 2009 desde [www.revistasden.org/files/Calidad%20de%20vida%20del%20paciente%20en%20diál...](http://www.revistasden.org/files/Calidad%20de%20vida%20del%20paciente%20en%20diál...) –.
- Orellana, M. y Munguía, A. (2008). Insuficiencia renal y depresión. Revista del postgrado de psiquiatría vol. 1 (3). Extraído el 20 de febrero de 2010 desde <http://www.bvs.hn/RHPP/pdf/2008/pdf/Vol1-3-2008-5.pdf>.
- Orgilés, M., Méndez, X., Rosa, A. e Inglés, C. (2003). La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: un análisis de su eficacia. Anales de psicología. Vol. 19 (2). Extraído el 09 de Febrero de 2010 desde [http://www.um.es/analesps/v19/v19\\_2/03-19\\_2.pdf](http://www.um.es/analesps/v19/v19_2/03-19_2.pdf).
- Paéz, A., Jofré, M., Azpiroz, C. y De Bortoli, M. (2008). Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. Extraído el 26 de diciembre de 2009 desde <http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V08N01A09.pdf>.
- Paredes, R. (2005). Afrontamiento y soporte social en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. Tesis para obtener el

grado de licenciado en psicología con mención en psicología clínica. Extraído el 10 de Diciembre de 2009 desde <http://tesis.pucp.edu.pe/tesis/ver/237>.

- Pérez, R. (2007). Dos millones de enfermos renales ocultos. El país. Madrid. Extraído el 12 de mayo de 2008 desde [http://www.elpais.com/articulo/salud/millones/enfermos/renales/ocultos/elpepusal/20070403elpepusal\\_1/Tes](http://www.elpais.com/articulo/salud/millones/enfermos/renales/ocultos/elpepusal/20070403elpepusal_1/Tes).
- Psicocentro (2003). Capítulo II: Bases teóricas. Extraído el 20 de Febrero de 2010 desde [http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo\\_s2.asp?texto=art2c001b](http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s2.asp?texto=art2c001b).
- Psignos (2003). Ansiedad: principios del abordaje cognitivo-comportamental. Extraído el día 05 de Febrero de 2010 desde <http://psygnos.net/biblioteca//articulos/tcc/cbt-ansiedad.htm>.
- Ramírez, I. (s.f.). Los diferentes paradigmas de investigación y su incidencia sobre los diferentes modelos de investigación didáctica. Extraído el 15 de Julio de 2009 desde <http://www.cedesi.uneciencias.com/textos/articulos/a06.doc>.
- Raya, M. (2007). Diario de Córdoba La insuficiencia renal crónica aumentará un 50% en diez años. <http://www.diariocordoba.com/noticias/noticia.asp?pkid=306185> extraído el día 24 de febrero de 2009.
- Reque, G. y Salaverry, G. (s.f.) Depresión y apoyo familiar en pacientes crónicos-terminales del hospital Víctor Lazarte Echegaray de la ciudad de Trujillo. Tesis de título profesional. Extraído el 11 de Octubre de 2007 desde: [http://64.233.169.104/search?q=cache:mWukbThaousJ:www.ucv.edu.pe/portal/escuelas/psicologia/TESIS\\_PS/TESIS/T165.doc+depresion+en+pacientes+renales+cronicos&hl=es&ct=clnk&cd=3&gl=co](http://64.233.169.104/search?q=cache:mWukbThaousJ:www.ucv.edu.pe/portal/escuelas/psicologia/TESIS_PS/TESIS/T165.doc+depresion+en+pacientes+renales+cronicos&hl=es&ct=clnk&cd=3&gl=co).

- Reyes, A. (2005). Atención psicológica a los pacientes renales crónicos. Extraído el 26 de Diciembre de 2009 desde <http://www.uo.edu.cu/ojs/index.php/stgo/article/viewFile/14505308/90>.
- Rodríguez, E., Campillo, M., y Avilés, M., (1870). Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica y su familia. Extraído el 6 de enero de 2010 desde: [www.uv.mx/facpsi/revista/documents/hacer.pdf](http://www.uv.mx/facpsi/revista/documents/hacer.pdf).
- Rodríguez, G., y Rodríguez I. (2004). Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. Rev. Med. Vol. 42 No. 2 97-102. Extraído el 19 de Abril de 2009 desde: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/CF1A2DD1-2C95-4E64-9D7C-D71863B499FE/0/rm04202disfunsi%F3n.pdf>.
- Roselló, J. y Bernal, G. (2007). Manual de tratamiento para la terapia cognitivo-conductual de la depresión. Extraído el 15 de abril del 2010. Desde:[http://ipsi.uprrp.edu/pdf/manuales\\_tara/individual\\_participante\\_esp.pdf](http://ipsi.uprrp.edu/pdf/manuales_tara/individual_participante_esp.pdf).
- Rudniki, T. (2006). Sol de invierno: aspectos emocionales del paciente renal crónico. Extraído el 12 de mayo de 2008. Desde: [http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S1794\\_99982006000200008&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S1794_99982006000200008&script=sci_arttext&tlng=es).
- Ruíz de Alegría, B., Basabe, N., Fernández, E., Baños, C., Nogales, M., Echeberri, M., San Vicente, J. y Bejarano, A. (2009). Cambios en las estrategias de afrontamiento en los pacientes de diálisis a lo largo del tiempo. Rev Soc Esp Enferm Nefrol Vol. 12 No. 1 11/17. Extraído el 6 de Abril de 2009 Desde: [www.revistaseden.org/files/2083\\_cambios.pdf](http://www.revistaseden.org/files/2083_cambios.pdf).
- Ruiz de Gauna, R., Minguela, I., Ocharán, J., Gimeno, I. y Chena, A. (2008). El entorno social de los pacientes en diálisis peritoneal. Extraído el 20 de Febrero de 2010 desde <http://www.revistanefrologia.com/revistas/P7-E290/P7-E290-S138-A5939.pdf>.

- Ruiz, J. y Cano, J. (s.f.). Manual de psicoterapia cognitiva. Extraído el día 15 de Marzo de 2009 desde <http://www.psicologia-online.com/ESMUbeda/Libros/Manual/manual.htm>.
- Ruiz, R., Ruiz, L., Quintero, D. y Jurado, S. (2003). El autoconcepto en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Nutrición Clínica* Vol. 6 (3). Extraído el 09 de Abril de 2010 desde <http://www.amaee.org.mx/docs/revnutcli/Nutricion-3-03.pdf#page=14>.
- Saad, C., Sepúlveda, G., Ibáñez, E., Flórez, C., Herrán, M., Márquez, N. y Pacheco, K. (2007). Adherencia de los pacientes con insuficiencia renal crónica a las sesiones de hemodiálisis del hospital militar central, Bogotá, D.C., 2006-2007. *Revista colombiana de enfermería*, Vol. 3. Extraído el 19 de Abril de 2009 desde: [http://www.unbosque.edu.co/files/Archivos/Facultades/Enfermeria/Revista/Revista2008/adherencia\\_pacientes\\_insuficiencia\\_renalvol3.pdf](http://www.unbosque.edu.co/files/Archivos/Facultades/Enfermeria/Revista/Revista2008/adherencia_pacientes_insuficiencia_renalvol3.pdf).
- Sabry, A., Abo-Zenah, H., Wafa, E., Mahmoud, K., El-Dahshan, K., Hassan, A., Abbas, T., Saleh, A., Okasha, K. (2010). Sleep disorders in hemodialysis patients. *Saudi journal of kidney diseases and transplantation*. Vol. 21(2). Extraído el 2 de abril de 2010 desde [http://www.sjkdt.org/temp/SaudiJKidneyDisTranspl212300-6827569\\_185755.pdf](http://www.sjkdt.org/temp/SaudiJKidneyDisTranspl212300-6827569_185755.pdf).
- Sánchez, J., Rosa, A. y Olivares, J. (1999). Las técnicas cognitivo-conductuales en problemas clínicos y de la salud: meta-análisis de la literatura española. *Psicothema* Vol. 11 (3). Extraído el 5 de Febrero de 2010 desde [www.psycothema.com/pdf/316.pdf](http://www.psycothema.com/pdf/316.pdf) -.
- Sarmiento, C., Valencia, M., Martínez, F., DiazGranados, C., Duarte, V. y Prada, G. (2006). Modelo de gestión programática en VIH/Sida Colombia. Extraído el 24 de Febrero de 2009 desde [www.onusida.org.co/Publicaciones/R344206AnexoModeloGestPrograVIH.pdf](http://www.onusida.org.co/Publicaciones/R344206AnexoModeloGestPrograVIH.pdf) -.

- SEAS (s.f). La naturaleza de los trastornos de ansiedad. Extraído el 11 de Octubre de 2007 desde <http://www.ucm.es/info/seas/ta/introduc.htm>.
- Segui, J., Fierro, D., Machado, G. y Fernández, R. (2003). Mejoría en la calidad de vida de pacientes hemodializados crónicos a través de la terapia ocupacional remunerada (TOR) o trabajo Benévolo. Nuestra experiencia. Rev. Nefrol. Diál. y Transpl., Vol. 23 (3). Extraído el 5 de marzo de 2009 desde [http://www.renal.org.ar/revista/Vol23/3/23\\_3\\_121.htm](http://www.renal.org.ar/revista/Vol23/3/23_3_121.htm).
- Suárez, A., Baquero, L., Londoño, C, y Low, C. (sf). Estrategias de afrontamiento y estilos conductuales en pacientes diagnosticados con cáncer que reciben tratamiento ambulatorio. Extraído el 18 de mayo de 2009 desde: <http://www.amese.net/cancer/descargas/Estrategias%20de%20afrontamiento%20y%20estilos%20conductuales.pdf>.
- Tobal, J., Cano, A., Casado, M. y Escalona, A. (1994). Emociones e hipertensión. Implantación de un programa cognitivo-conductual en pacientes hipertensos. Extraído el 09 de Febrero de 2010 desde <http://revistas.um.es/analesps/article/view/29681/28891>.
- Tobo, N., Martínez, G., Mosquera, M., Peña, G. y Paz, J. (1995). Cumplimiento del régimen terapéutico y su relación con las características biológicas y sociales del individuo con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis. Colombia médica, Vol. 26 (4) Extraído el 12 de mayo de 2008. Desde <http://colombiamedica.univalle.edu.co/VOL26NO4/cumplimiento.html>.
- Universidad del Magdalena. (2003). Programa de Psicología. Información institucional. Extraído el 11 de Noviembre de 2007. Desde [www.unimagdalena.edu.com](http://www.unimagdalena.edu.com).
- Vásquez, F. (2002). La técnica de solución de problemas aplicada a la depresión mayor. Psicothema Vol. 14 (3) pp. 516 - 522. Extraído el 9 de febrero de 2010. Desde: <http://www.psicothema.com/pdf/759.pdf>.

- Vázquez, C., Hernangómez, L. y Hervàs, G. (s.f). Modelos cognitivos de la depresión: Su aplicación al estudio de las fases tempranas. Extraído el 20 de septiembre de 2009 desde [http://www.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES\\_pdf/Modelos%20Cognitivos%20+%20Graficas%20\\_C.%20Vazquez\\_.pdf](http://www.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/Modelos%20Cognitivos%20+%20Graficas%20_C.%20Vazquez_.pdf).
- Verástegui, S. (2004). El origen de los trastornos psicológicos según Beck y Ellis. Extraído el 09 de Enero de 2010 desde <http://www.psicodocumentosudd.cl/download.php?idDocumento=3558-21k>.
- Veronesi, G. (2004). Cumplimiento de las pautas alimentarias en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Hemodiálisis. Tesis de grado para acceder al título de licenciada en nutrición. Extraído el 20 de Febrero de 2010 desde <http://www.nutrinfo.com/pagina/info/ren05-01.pdf>.
- Vidal, D., Andujar, A., Arilla, E., Catalán, S., Écija, I. y Muñoz, R. (s.f). Disfunciones sexuales en pacientes con IRC en tratamiento sustitutivo. Extraído el 20 de Febrero de 2010 desde [http://www.revistaseden.org/files/1827\\_h13.pdf](http://www.revistaseden.org/files/1827_h13.pdf).
- Vinokur, E. y Bueno, D. (2002). Aspecto Psicológico del paciente renal. Rev. Nefrología, Diálisis y trasplante No. 56, pp 11-14. Extraído el 11 de Octubre de 2007 desde: <http://www.renal.org.ar/revista/56/5611.htm>.
- Yunyet, E. y Pujolar, N. (s.f). Calidad de vida en el paciente trasplantado. Servicio de nefrología. Extraído el 7 de Enero de 2010 desde [http://www.revistaseden.org/files/art656\\_1.pdf](http://www.revistaseden.org/files/art656_1.pdf).
- Zayas, J. (2009). Hipertensión arterial en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. Medisan Vol. 13 (6). Extraído el 10 de Febrero de 2010 desde [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13\\_6\\_09/san03609.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_6_09/san03609.htm).

## 11.ANEXOS

**ANEXO No. 1**

**FICHA SOCIODEMOGRÁFICA**

**DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL  
PARA PACIENTES ADULTOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN  
TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN LA FUNDACIÓN RENAL DE  
COLOMBIA DEL DISTRITO DE SANTA MARTA.**

1. NOMBRE \_\_\_\_\_
2. EDAD \_\_\_\_\_
3. SEXO: Masculino\_\_ Femenino\_\_
4. FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_
5. ESTADO CIVIL: Soltero\_\_ Casado\_\_ U.L\_\_ Separado\_\_ Viudo\_\_
6. No. DE HIJOS \_\_\_\_\_
7. OCUPACIÓN:
8. ESCOLARIDAD:
9. ESTRATO SOCIOECONÓMICO:
10. LUGAR DE RESIDENCIA: Urbana\_\_ Suburbana\_\_ Rural\_\_
11. TRATAMIENTO ACTUAL \_\_\_\_\_
12. TIEMPO DE TRATAMIENTO \_\_\_\_\_
13. ENFERMEDADES CONCOMITANTES \_\_\_\_\_
14.           ¿CON            QUIEN            VIVE            ACTUALMENTE?  
\_\_\_\_\_

**INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK<sup>1</sup>****NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cual de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la ULTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

1	0. No me siento triste.
	1. Me siento triste.
	2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
	3. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo
2	0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro
	1. Me siento desanimado de cara al futuro
	2. Siento que no hay nada por lo que luchar
	3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejoraran
3	0. No me siento como un fracasado
	1. He fracasado más que la mayoría de las personas
	2. Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro
	3. Soy un fracaso total como persona
4	0. Las cosas me satisfacen tanto como antes
	1. No disfruto de las cosas tanto como antes
	2. Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas
	3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo
5	0. No me siento especialmente culpable
	1. Me siento culpable en bastantes ocasiones
	2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones
	3. Me siento culpable constantemente
6	0. No creo que este siendo castigado
	1. Siento que quizá esté siendo castigado
	2. Espero ser castigado
	3. Siento que estoy siendo castigado
7	0. No estoy descontento de mi mismo
	1. Estoy descontento de mi mismo
	2. Estoy a disgusto conmigo mismo
	3. Me detesto
8	0. No me considero peor que cualquier otro
	1. Me autocrítico por mi debilidad o por mis errores
	2. Continualmente me culpo por mis faltas
	3. Me culpo por todo lo malo que me sucede
9	0. No tengo ningún pensamiento de suicidio
	1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré
	2. Desearía poner fin a mi vida
	3. Me suicidaría si tuviera la oportunidad
10	0. No lloro más de lo normal

<sup>1</sup> Beck, Rush, Shaw y Emey (2005). Terapia Cognitiva de la depresión. (p. 358 - 360) Editorial DESCLÉE DE BROUWER S.A.

	1. <i>Ahora lloro más que antes</i>
	2. <i>Lloro continuamente</i>
	3. <i>No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga</i>
11	0. <i>No estoy especialmente irritado</i>
	1. <i>Me molesto o irrito más fácilmente que antes</i>
	2. <i>Me siento irritado continuamente</i>
	3. <i>Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestan</i>
12	0. <i>No he perdido el interés por los demás</i>
	1. <i>Estoy menos interesado en los demás que antes</i>
	2. <i>He perdido gran parte del interés por los demás</i>
	3. <i>He perdido todo el interés por los demás</i>
13	0. <i>Tomo mis propias decisiones igual que antes</i>
	1. <i>Evito tomar decisiones más que antes</i>
	2. <i>Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes</i>
	3. <i>Me es imposible tomar decisiones</i>
14	0. <i>No creo tener peor aspecto que antes</i>
	1. <i>Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo</i>
	2. <i>Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo</i>
	3. <i>Creo que tengo un aspecto horrible</i>
15	0. <i>Trabajo igual que antes</i>
	1. <i>Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo</i>
	2. <i>Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo</i>
	3. <i>Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea</i>
16	0. <i>Duermo tan bien como siempre</i>
	1. <i>No duermo tan bien como antes</i>
	2. <i>Me despierto 1 - 2 horas antes de lo habitual y me cuesta volverme a dormir</i>
	3. <i>Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volverme a dormir</i>
17	0. <i>No me siento más cansado de lo normal</i>
	1. <i>Me canso más que antes</i>
	2. <i>Me canso en cuanto hago cualquier cosa</i>
	3. <i>Estoy demasiado cansado para hacer nada</i>
18	0. <i>Mi apetito no ha disminuido</i>
	1. <i>No tengo tan buen apetito como antes</i>
	2. <i>Ahora tengo mucho menos apetito</i>
	3. <i>He perdido completamente el apetito</i>
19	0. <i>No he perdido peso últimamente</i>
	1. <i>He perdido más de 2 kilos</i>
	2. <i>He perdido más de 4 kilos</i>
	3. <i>He perdido más de 7 kilos</i>
20	0. <i>No estoy preocupado por mi salud</i>
	1. <i>Me preocupan los problemas físicos como dolores, etc.; el malestar de estomago o los catarros</i>
	2. <i>Me resultan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas</i>
	3. <i>Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas</i>
21	0. <i>No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo</i>
	1. <i>La relación sexual me atrae menos que antes</i>
	2. <i>Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes</i>
	3. <i>He perdido totalmente el interés sexual</i>

**ANEXO 3**  
**SESIÓN 12: INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK<sup>2</sup>**

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

<b>INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)</b>					
		<b>EN ABSOLUTO</b>	<b>LEVEMENTE</b>	<b>MODERADAMENTE</b>	<b>SEVERAMENTE</b>
<b>1</b>	Torpe o entumecido				
<b>2</b>	Acalorado				
<b>3</b>	Con temblor en las piernas				
<b>4</b>	Incapaz de relajarme				
<b>5</b>	Con temor a que ocurra lo peor				
<b>6</b>	Mareado, o que se le va la cabeza				
<b>7</b>	Con latidos del corazón fuertes y acelerados				
<b>8</b>	Inestable				
<b>9</b>	Atemorizado o asustado				
<b>10</b>	Nervioso				
		<b>EN ABSOLUTO</b>	<b>LEVEMENTE</b>	<b>MODERADAMENTE</b>	<b>SEVERAMENTE</b>
<b>11</b>	Con sensación de bloqueo				
<b>12</b>	Con temblores en las manos				
<b>13</b>	Inquieto, inseguro				
<b>14</b>	Con miedo a perder el control				
<b>15</b>	Con sensación de ahogo				
<b>16</b>	Con temor a morir				
<b>17</b>	Con miedo				
<b>18</b>	Con problemas digestivos				
<b>19</b>	Con desvanecimientos				
<b>20</b>	Con rubor facial				
		<b>EN ABSOLUTO</b>	<b>LEVEMENTE</b>	<b>MODERADAMENTE</b>	<b>SEVERAMENTE</b>
<b>21</b>	Con sudores, fríos o calientes				

<sup>2</sup> Beck, A. (1988) Inventario de ansiedad de Beck. Beck Anxiety Inventory

**ANEXO No. 4**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

El programa de Psicología de la Universidad Del Magdalena, Adelanta con los estudiantes de Grado la aplicación de una batería de test psicológicos centradas en aspectos investigativos como son el **DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA PACIENTES ADULTOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN LA FUNDACIÓN RENAL DE COLOMBIA, DEL DISTRITO DE SANTA MARTA.**

La evaluación, implica la realización de observaciones, entrevistas, diligenciamiento de ficha socio-demográfica, aplicación de test psicológicos (INVENTARIO DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DE BECK) y su posterior interpretación, entre otras actividades.

para cumplir con este propósito le solicitamos al señor (a):  
\_\_\_\_\_ autorice la evaluación de este proyecto, entendiendo que la participación es completamente voluntaria y se puede retirar en cualquier momento sin efecto alguno, los resultados de la participación serán manejados de una manera responsable sin afectar su integridad.

**Me han explicado los siguientes datos:**

- 1) Propósito de la práctica.**
- 2) Los beneficios que puedo esperar**
- 3) Los procedimientos.**
- 4) Los resultados de la participación no serán divulgados de manera individual ni identificables sin mi permiso, a no ser que sea requerido por la ley.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Firma de investigadores**

\_\_\_\_\_  
**Firma del (la) paciente**  
\_\_\_\_\_

**Firma Psicólogo Fundación**

**Fecha:** \_\_\_\_\_