



Universidad Autónoma del Estado de México

UAEM Facultad de Ciencias de la Conducta



**NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON
INSUFICIENCIA RENAL**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA

GEMMA ELIZABETH REYES CECILIO

NÚMERO DE CUENTA: 0411458

ASESOR

DRA. JULIETA CONCEPCIÓN GARAY LÓPEZ

TOLUCA, MEXICO, MARZO DE 2015

DEDICATORIAS

A Dios.

Por darme la oportunidad de estar aquí, alrededor de personas que han sido mi soporte y compañía.

A mis padres

A quienes admiro y respeto su fortaleza continua, son mi orgullo incondicional y apoyo para lograr mis metas, porque supieron impulsarme en los momentos más difíciles de mi carrera.

A los pacientes

Que sin interés me apoyaron en la realización de este trabajo, sin ellos los logros no hubiesen resultado.

A mi directora

Dra. Julieta le voy estar siempre agradecida por su apoyo y conocimientos brindados.



Universidad Autónoma del Estado de México
UAEM Facultad de Ciencias de la Conducta



Toluca, México, a 22 de Febrero de 2012

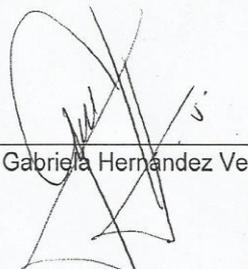
MTRA. IRMA ORTIZ VALDEZ

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE TITULACIÓN
P R E S E N T E

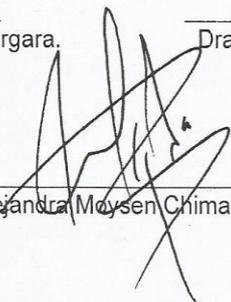
Habiendo concluido la revisión del PROYECTO del trabajo escrito intitulado:
NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA
RENAL.

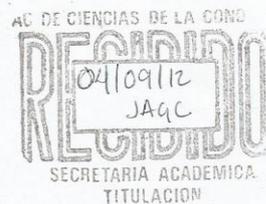
Que para optar por el Título de Licenciado en Psicología que presenta la alumna:
GEMMA ELIZABETH REYES CECILIO, con número de cuenta 0411458 nos es
grato comunicarle que dicho proyecto cumple con las características y condiciones
necesarias para su APROBACIÓN.

ATENTAMENTE
COMISION REVISORA


Maestra Gabriela Hernández Vergara.


Dra. Patricia Balcázar Nava


Dra. Alejandra Moysen Chimal





Universidad Autónoma del Estado de México
UAEM Facultad de Ciencias de la Conducta



Toluca, México 17 de Agosto de 2012

MTRA. IRMA ORTIZ VALDEZ

JEFE DE DEPARTAMENTO DE TITULACIÓN
PRESENTE.

Habiendo fungido como ASESOR del trabajo escrito intitulado:

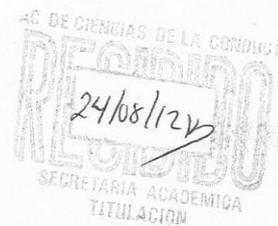
**“NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON
INSUFICIENCIA RENAL”**

Que para optar por el título de Licenciada en Psicología y que presenta la alumna GEMMA ELIZABETH REYES CECILIO con número de cuenta: 0411458.

Manifiesto que el BORRADOR de dicho trabajo reúne las características y condiciones necesarias para ser revisado por la Comisión Especial, nombrada para tal efecto.

ATENTAMENTE


DRA. JULIETA CONCEPCIÓN GARAY LÓPEZ
ASESOR





FECHA: 13 de Marzo de 2015

DRA. GUADALUPE MIRANDA BERNAL
 Jefe del Departamento de Evaluación Profesional de la
 Facultad de Ciencias de la Conducta, UAEM.

PRESENTE

OTORGO

VOTO APROBATORIO

TESIS TESINA ENSAYO MEMORIA

Para que proceda con los trámites correspondientes que sustente la evaluación profesional de:

| | |
|--|---|
| NOMBRE DEL EGRESADO | GEMMA ELIZABETH REYES CECILIO |
| LICENCIATURA | PSICOLOGIA |
| Nº DE CUENTA | 0411458 |
| Nombre del Trabajo para Evaluación Profesional | NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL. |

ATENTAMENTE
 PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO
 "2015, Año del Bicentenario Luctuoso de José María Morelos y Pavón"

MTRA. GABRIELA HERNANDEZ VERGARA
 NOMBRE Y FIRMA DEL REVISOR

FAC. DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA
REVISADO
 23/03/15
 SECRETARIA ACADÉMICA
 EVALUACIÓN PROFESIONAL





FECHA: 13 de Marzo de 2015

DRA. GUADALUPE MIRANDA BERNAL
 Jefe del Departamento de Evaluación Profesional de la
 Facultad de Ciencias de la Conducta, UAEM.

PRESENTE

OTORGO

VOTO APROBATORIO

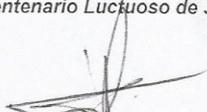
TESIS TESINA ENSAYO MEMORIA

Para que proceda con los trámites correspondientes que sustente la evaluación profesional de:

| | |
|--|---|
| NOMBRE DEL EGRESADO | GEMMA ELIZABETH REYES CECILIO |
| LICENCIATURA | PSICOLOGIA |
| Nº DE CUENTA | 0411458 |
| Nombre del Trabajo para Evaluación Profesional | NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL. |

ATENTAMENTE
 PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO

"2015, Año del Bicentenario Luctuoso de José María Morelos y Pavón"


 DRA. PATRICIA BALCAZAR NAVA
 NOMBRE Y FIRMA DEL REVISOR

DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA
RECIBIDO
 23/03/15
 SECRETARIA ACADÉMICA
 EVALUACIÓN PROFESIONAL





FECHA: 13 de Marzo de 2015

DRA. GUADALUPE MIRANDA BERNAL
 Jefe del Departamento de Evaluación Profesional de la
 Facultad de Ciencias de la Conducta, UAEM.

PRESENTE

OTORGO

VOTO APROBATORIO

TESIS TESINA ENSAYO MEMORIA

Para que proceda con los trámites correspondientes que sustente la evaluación profesional de:

| | |
|--|---|
| NOMBRE DEL EGRESADO | GEMMA ELIZABETH REYES CECILIO |
| LICENCIATURA | PSICOLOGIA |
| Nº DE CUENTA | 0411458 |
| Nombre del Trabajo para Evaluación Profesional | NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL. |

ATENTAMENTE
 PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO
 "2015, Año del Bicentenario Luctuoso de José María Morelos y Pavón"

DRA. ALEJANDRA MOYSEN CHIMAL
 NOMBRE Y FIRMA DEL REVISOR

RECIBIDO
 23/03/15
 SECRETARIA ACADÉMICA
 EVALUACIÓN PROFESIONAL





8.11 Carta de Cesión de Derechos de Autor: Evaluación Profesional

Facultad de Ciencias de la Conducta
Subdirección Académica
Departamento de Evaluación Profesional



Versión Vigente No. 00

Fecha: 22/05/2014

CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR:

El que suscribe Gemma Elizabeth Reyes Cecilio Autor(es) del trabajo escrito de evaluación profesional en la opción de Tesis con el título Niveles de Ansiedad y Depresión en Pacientes con Insuficiencia Renal con fundamento en lo dispuesto en los artículos 5, 18, 24, 25, 27, 30, 32 y 148 de la Ley Federal de Derechos de Autor, así como los artículos 35 y 36 fracción II de la Ley de la Universidad Autónoma del Estado de México; manifiesto mi autoría y originalidad de la obra mencionada que se presentó en Facultad de Ciencias de la Conducta (lugar) para ser evaluada con el fin de obtener el Título Profesional de Licenciada en Psicología.

Así mismo expreso mi conformidad de ceder los derechos de reproducción, difusión y circulación de esta obra, en forma NO EXCLUSIVA, a la Universidad Autónoma del Estado de México; se podrá realizar a nivel nacional e internacional, de manera parcial o total a través de cualquier medio de información que sea susceptible para ello, en una o varias ocasiones, así como en cualquier soporte documental, todo ello siempre y cuando sus fines sean académicos, humanísticos, tecnológicos, históricos, artísticos, sociales, científicos u otra manifestación de la cultura.

Entendiendo que dicha cesión no genera obligación alguna para la Universidad Autónoma del Estado de México y que podrá o no ejercer los derechos cedidos.

Por lo que el autor da su consentimiento para la publicación de su trabajo escrito de evaluación profesional.

Se firma presente en la ciudad de Toluca, México, a los 27 días del mes de Marzo de 2015.

Gemma Elizabeth Reyes Cecilio
Nombre y firma de conformidad

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| I. RESUMEN | 12 |
| II. PRESENTACIÓN | 14 |
| III. INTRODUCCIÓN | 15 |
| IV. MARCO TEÓRICO | 20 |
| Capítulo I. INSUFICIENCIA RENAL | 21 |
| 1.1 Definición y función de los riñones | 21 |
| 1.2 Definición de insuficiencia renal | 22 |
| 1.3 Causas y síntomas de la insuficiencia renal | 22 |
| 1.4 Tratamientos para la insuficiencia renal | 23 |
| 1.4.1 Hemodiálisis | 24 |
| 1.4.2 Diálisis peritoneal | 25 |
| 1.4.3 Trasplante renal | 26 |
| 1.5 Insuficiencia renal y psicología | 27 |
| Capítulo II. ANSIEDAD | 31 |
| 2.1 Definición | 31 |
| 2.2 Causas | 32 |
| 2.3 Síntomas | 32 |
| 2.4 Tipos | 35 |
| 2.4.1 Trastorno de pánico | 35 |
| 2.4.2 Trastorno de ansiedad generalizada | 36 |
| 2.4.3 Trastorno de estrés postraumático | 36 |
| 2.5 Tratamientos | 37 |
| Capítulo III. DEPRESIÓN | 39 |
| 3.1 Definición | 39 |
| 3.2 Causas | 40 |
| 3.3 Síntomas | 41 |
| 3.4 Tipos | 42 |
| 3.4.1 Distimia | 42 |
| 3.4.2 Episodio depresivo mayor | 43 |
| 3.4.3 Trastorno bipolar | 43 |
| 3.4.4 Depresión atípica | 44 |
| 3.5 Tratamientos | 45 |

| | |
|--|-----------|
| 3.6 Ansiedad y depresión: diferencias y semejanzas | 49 |
| 3.7 Estudios relacionados con el tema | 51 |
| V. MÉTODO | 55 |
| 1. Objetivos general y específicos | 55 |
| 2. Tipo de investigación | 55 |
| 3. Planteamiento del problema | 56 |
| 4. Preguntas específicas | 57 |
| 5. Variables: definición conceptual y operacional | 57 |
| 6. Participantes | 59 |
| 7. Instrumento | 59 |
| 8. Diseño de investigación | 60 |
| 9. Captura de la información | 60 |
| 10. Procesamiento de la información | 61 |
| VI. RESULTADOS | 62 |
| VII. DISCUSIÓN | 66 |
| VIII. CONCLUSIONES | 71 |
| IX. SUGERENCIAS | 72 |
| X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 74 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Variables sociodemográficas de las personas diagnosticadas con insuficiencia renal. | 62 |
| Tabla 2. Frecuencias y porcentajes de los factores de ansiedad y depresión de personas diagnosticadas con insuficiencia renal. | 63 |
| Tabla 3. Medias de ansiedad en personas diagnosticadas con insuficiencia renal en relación a las variables sociodemográficas. | 64 |
| Tabla 4. Medias de depresión en personas diagnosticadas con insuficiencia renal en relación a las variables sociodemográficas. | 65 |

I. RESUMEN

La insuficiencia renal ha constituido un problema de salud pública con más incidencia en México en los últimos años; existen muchos factores y un sin número de causas que influyen en el desarrollo y progreso de la enfermedad, tal es el caso de la ansiedad y la depresión que llegan a sufrir ocasionada por el padecimiento de esta enfermedad, que es considerada crónica, ya que al año se detectan cerca de 10,000 nuevos casos (Long, 1997).

La incidencia de insuficiencia renal ha aumentado significativamente a lo largo de la última década debido a la transición epidemiológica. México se encuentra en un proceso de transición epidemiológica en el que las enfermedades no transmisibles adquieren un mayor peso relativo al tiempo que las enfermedades transmisibles continúan causando estragos entre la población, especialmente entre los grupos más pobres y marginados (Arredondo, Rangel e Icaza, 2008).

La incidencia de insuficiencia renal en México se ha venido aproximando de forma abrupta y descontrolada a niveles semejantes a los encontrados en países industrializados. Actualmente se calculan 40,000 urémicos en México que demandan servicios de atención al sistema de salud en cualquiera de sus modalidades público-privadas. Además, cabe resaltar la importante prevalencia de pacientes diabéticos en México que son responsables por el 25 % de los pacientes con IRC (Arredondo, Rangel e Icaza, 2008).

Por tal motivo la presente investigación aborda dos factores que son ansiedad y la depresión en personas que padecen insuficiencia renal en relación a las variables sociodemográficas, tales como: sexo, edad, estado civil, escolaridad y ocupación.

El estudio fue de 81 pacientes entre 18 y 72 años, con insuficiencia renal como principal padecimiento, 43 mujeres y 38 hombres. El 53.7 % se encuentra en un rango de edad de 18 a 32 años y el 64.6 % no cuenta con un trabajo remunerado.

El instrumento que se utilizó para medir ambos factores de la investigación fue el Cuestionario de Salud General elaborado por Goldberg y Hillier en 1979, el

instrumento es mejor conocido como GHQ-28 y esta versión fue validada en población mexicana, no clínica por Romero y Medina-Mora (1987).

Los resultados obtenidos muestran que el 47.6 % del total de la muestra son caso probable a presentar ansiedad mientras que la depresión se presenta en 24.4%. Con base a esto se sugiere que se complemente la asistencia médica y psicológica con la finalidad de afrontar los cambios que implican su enfermedad.

Palabras clave: ansiedad, depresión, insuficiencia renal, enfermedad crónica.

II. PRESENTACIÓN

La insuficiencia renal se considera como un síndrome clínico el cual se caracteriza por un deterioro brusco de la función renal, es decir, un fallo de la homeostasis y que va acompañado de retención de productos terminales del metabolismo nitrogenado, como la urea y la creatinina (Andreu y Force, 2001).

Uno de los inconvenientes de la insuficiencia renal, es que es asintomática, ya que debido a la falta de manifestaciones clínicas, el paciente puede pasar por numerosos estadios de insuficiencia renal sin saberlo; generalmente los primeros síntomas aparecen cuando el padecimiento ya se encuentra en una etapa muy avanzada y como consecuencia se recurre a tratamientos de reemplazo renal como lo es la diálisis, hemodiálisis o en su defecto el trasplante (Treviño, 2009).

Ante una enfermedad crónica, el paciente presenta diversos cambios, como el psíquico. Por tanto la psicología de la salud, se interesa por la situación psicológica de la persona enferma. Esta área propone el desarrollo de conocimientos que permitan comprender y modificar la situación psicológica de la persona enferma, tales como sus creencias acerca de la salud, el locus de control, el estilo de afrontamiento, y las situaciones afectivas que se viven en esta condición (Belar y Deardorff, 1995).

También se plantea problemas de otra índole, tales como el del cumplimiento del tratamiento, el de la preparación para intervenciones médicas, el de los aspectos psicológicos de la hospitalización y el de las repercusiones de la relación terapeuta-paciente (Belar y Deardorff, 1995).

La investigación se conforma por tres capítulos, en el primer capítulo llamado Insuficiencia Renal, se describe el padecimiento, las causas, síntomas, tratamientos que se utilizan para tratar la insuficiencia renal y finalmente la relación que tiene el padecimiento con la psicología.

El Capítulo Dos se titula Ansiedad, el cual incluye la definición, causas síntomas, tipos y tratamientos; posteriormente en el Capítulo Tres denominado

Depresión, contiene definición, causas, síntomas, tipos, tratamientos y algunos estudios relacionados con el tema.

Los tres capítulos descritos anteriormente conforman el marco teórico de la investigación; posteriormente se encuentra el método, el cual hace referencia a los pasos que se siguieron para la realización de la investigación, características de la muestra, el instrumento que se utilizó, los objetivos perseguidos en la investigación y la obtención de resultados.

Finalmente se muestran los resultados de la investigación, se presenta la discusión, conclusiones y sugerencias que se realizaron a partir de los resultados así como las referencias consultadas durante la investigación.

III. INTRODUCCIÓN

Actualmente en México la insuficiencia renal constituye un problema de salud pública, ya que es una enfermedad progresiva altamente demandante de los recursos de la persona quien la padece e incluyendo la familia, en la que se tienen graves consecuencias en cuanto a su calidad de vida concierne; ya que el paciente que padece insuficiencia renal experimenta una vida de alguna manera frágil y con límites, constantemente accede a recursos médicos en busca de una vida plena y sobre todo de calidad, luchando siempre por vencer la enfermedad (Páez, Jofré, Azpiroz y De Bortoli, 2009).

Una enfermedad crónica puede afectar potencialmente la calidad de vida de una persona, ya que incluye términos como salud y bienestar, los que se ven seriamente afectados, el paciente puede experimentar el empobrecimiento de las actividades diarias, el progresivo o permanente acortamiento de las propias posibilidades en las que afecta el autoconcepto y el sentido de la vida teniendo como consecuencia estados depresivos (Rodríguez, Campillo y Avilés, 2006).

Una enfermedad crónica es definida como un trastorno orgánico funcional que exige una transformación en la vida del paciente y que es probable que permanezca por tiempo prolongado. Existen distintos factores hereditarios y ambientales, entre los que incluyen los hábitos, estilos de vida, la contaminación ambiental, el estrés y la accidentalidad (Latorre y Beneit, 1994).

Gil (2004), define a la enfermedad crónica como un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir, afectando aspectos importantes de la vida de las personas que la padecen. La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es una de las enfermedades con más alta prevalencia a nivel mundial ya que afecta de un 3 a 5 % de la población; Alarcón, Lopera, Montejo y Henao (2006), consideran que esta enfermedad afecta en su mayoría al género masculino.

Uno de los tratamientos que se utiliza en la insuficiencia renal, es la hemodiálisis (HD), que consiste en dializar la sangre a través de una máquina la

cual hace circular la sangre desde una arteria del paciente hacia el filtro de diálisis o dializador en el que las sustancias tóxicas de la sangre se difunden en el líquido de diálisis, la sangre libre de toxinas vuelve luego al organismo a través de una vena canulada. La HD es un proceso lento que se realiza conectando el enfermo a una máquina durante aproximadamente 4 horas, 2 o 3 veces por semana (Guyton y Hall, 1997; citados en Páez et al., 2009).

En la fase inicial aguda, los pacientes sufren un periodo de crisis caracterizado por un desequilibrio físico, social y sobre todo psicológico, el cual al mismo tiempo puede ir acompañado de ansiedad, miedo e incluso desorientación (Branon y Feist, 2001; citados en Vinnacia et al., 2005).

En la ansiedad es posible la exaltación de carácter crónico, que implica en mayor o menor medida, cambios permanentes en la actividad física, laboral y social de los pacientes, situación que incluso alcanza durar toda la vida (Latorre y Beneit, 1994).

Por lo tanto la insuficiencia renal crónica (IRC) es una de las enfermedades que genera mayor alteración en el aspecto emocional, físico, funcional y psicosocial, debido a que implica un deterioro lento, progresivo e irreversible de la función renal durante un periodo de meses o años. Las personas con alguna enfermedad crónica, como la insuficiencia renal pueden llegar a presentar diferentes estados emocionales, por ejemplo, depresión y ansiedad, considerando éstas una manifestación por el impacto que les causó el diagnóstico de dicha enfermedad (Pérez, Llamas y Legido, 2005).

Los pacientes experimentan reacciones emocionales ante procedimientos médicos, ansiedad (producida por miedo al dolor o incertidumbre ante el futuro), o depresión (según las expectativas de cada individuo). Lo más común es miedo a lo desconocido, destrucción del cuerpo, pérdida de la autonomía o miedo a la muerte (López, 2007) Por tal motivo la ansiedad y depresión constituyen uno de los problemas más importantes y menos comprendidos, la depresión provoca alteración en el estado de ánimo y los sutiles efectos se dejan sentir en el pensamiento, en el cuerpo y en el comportamiento de estos individuos (Granet y Levinson, 2000).

En primer término la depresión es una respuesta emocional que suelen experimentar los pacientes como consecuencia del proceso de adaptación a la enfermedad crónica, esta reacción aparece habitualmente de forma retardada ya que debe pasar un cierto tiempo hasta que los individuos comprendan todas las implicaciones que tiene su condición de enfermos crónicos (Lazarus y Folkman, 1986; citados en Vinnacia et al., 2005).

Pero la depresión puede variar en un paciente dado a lo largo del tiempo. Es usual que los niveles de depresión iniciales sean altos, pero un buen ajuste a la enfermedad y al tratamiento conlleva la disminución de los niveles depresivos. No existen muchos estudios longitudinales, pero los existentes parecen sugerir este comportamiento declinante. Sin embargo, en los pacientes mayores de 70 años, los niveles de depresión se mantuvieron constantes cuando fueron medidos tres años después (Kimmel, 2001). Lo anterior puede sugerir que los pacientes jóvenes se adaptan mejor y reducen su depresión inicial, mientras que los mayores se adaptan menos.

La depresión es una alteración del estado de ánimo, considerada una enfermedad que implica un elevado riesgo para la vida (Granet y Levinson, 2000). A diferencia de la ansiedad que refiere un desorden psicofisiológico que se experimenta ante la anticipación de una situación amenazante (Amigo, Fernández y Pérez, 2009).

La ansiedad es una vivencia de temor ante algo difuso, vago, inconcreto, indefinido, que a diferencia del miedo, tiene una referencia explícita. Comparte con lo anterior la impresión anterior de temor, de indefensión, de inquietud. La ansiedad es un temor impreciso carente de objeto exterior. No hay que olvidar que cuando la ansiedad es muy intensa y dura mucho tiempo, se producen manifestaciones físicas funcionales significativas que a la larga constituyen el entramado de la patología psicosomática (Rojas, 2004).

Es importante acentuar que el paciente con insuficiencia renal puede presentar algunos síntomas como letargo o somnolencia, cefalea, náuseas, prurito, vómitos, anemia, descenso del pH sérico, hipertensión, aumento de la fosfatemia y

disminución de la calcemia, escarcha urémica, convulsiones, coma y muerte (Rodríguez et al., 2006).

Se considera a la ansiedad como aquella emoción con mayor peso a modo de prueba científica, al relacionarla con el inicio de la enfermedad y el desarrollo de la recuperación. Cuando la ansiedad ayuda a la preparación para enfrentarnos a alguna situación valiosa, esta es positiva; pero en la vida moderna es frecuente que la ansiedad sea desproporcionada y se relacione con niveles elevados de estrés. Pruebas evidentes del impacto sobre la salud de la ansiedad han surgido de estudios en enfermedades infecciosas, como resfríos, gripes y herpes, donde la resistencia inmunológica de la persona se debilita, permite la entrada del virus y el inicio de la enfermedad (Goleman, 1998).

Algunos de los síntomas físicos de la insuficiencia renal, pueden ser confundidos con la sintomatología asociada con la ansiedad y depresión; se debe realizar una evaluación integral que no sólo involucre un exhaustivo examen médico, sino también un diagnóstico psicológico a través del cual se intente abordar esta problemática con el objetivo de brindarle a los pacientes distintas herramientas psicológicas para afrontar la enfermedad y su tratamiento (Atencio et al., 2004; citados en Páez et al., 2009).

La mayoría de las enfermedades crónicas afectan aspectos primordiales de la vida en las personas que la padecen (Burish y Bradley, 1983; citados en Gil, 2004). El principal cambio y tal vez el que genera mayor deterioro es el aspecto emocional, ya que la persona se ve obligada necesariamente a un proceso de adaptación rápido para el cual pasa por diferentes etapas que originan una serie de emociones comúnmente negativas.

Por lo tanto el trabajo de investigación tuvo como objetivo describir la ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal.

IV. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I. INSUFICIENCIA RENAL

Este capítulo habla sobre la definición y función de los riñones, causas de la insuficiencia renal, síntomas y los posibles tratamientos que puede tener el paciente ya que es el padecimiento que se consideró para la realizar el estudio.

Al final del capítulo se hace referencia de la relación que tiene la insuficiencia renal con la psicología, ya que es importante considerar en las enfermedades crónicas degenerativas la reacción psicológica que presentan las personas diagnosticadas con el padecimiento y la forma en que se afronta el tratamiento porque implica un cambio de vida.

1.1 Definición y función de los riñones

Los riñones son órganos retroperitoneales que se sitúan en ambos lados de la columna vertebral. La medida de un riñón es de 12 centímetros. Son órganos compactos cuya única abertura o hilo renal se localizan en la parte media del borde interno y albergan el paso de la arteria y la vena renal, los linfáticos, los nervios y la pelvis renal (Mark, 2000).

Estos órganos se encargan de mantener el "equilibrio interno", en cuanto al volumen de líquido como en la composición cualitativa de elementos; para ser concretos, eliminan los productos de desecho del metabolismo cambiante, regulan el equilibrio químico y líquido del organismo, secretan hormonas que controlan la presión sanguínea y producen glóbulos rojos (Magaz, 2003).

Para realizar las funciones depuradoras y reguladoras del medio interno, los riñones utilizan de uno a tres millones de estructuras tubulares llamadas "nefronas", cuya misión consiste en filtrar la sangre y eliminar los desechos a través de la orina. Cada nefrona está compuesta por un diminuto filtro, el glomérulo y un sistema de túbulos con funciones bien diferenciadas. El glomérulo es el encargado de filtrar la sangre; los túbulos recuperan la parte del filtrado que es útil y secretan la parte restante que constituirá la orina, formada por agua y sustancias que están en cantidades excesivas en el organismo, por ejemplo, el sodio y el potasio que

ingerimos con los alimentos. La orina que expulsa el cuerpo humano es la suma total de la producida por cada una de las nefronas (Magaz, 2003).

1.2 Definición de insuficiencia renal

Magaz (2003), define la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) como una enfermedad terminal, que consiste en un fallo en el funcionamiento de ambos riñones, cuya actividad queda reducida en un 90%. La insuficiencia se establece con base en una excreción anormal de albúmina o reducción de la función renal, según la filtración glomerular medida o estimada, que persiste durante más de tres meses.

La insuficiencia renal puede ser clasificada en dos tipos, agudo o crónico; la diferencia entre ambos se establece atendiendo a las causas que generan el fallo y a su duración. El fallo renal agudo es una parada súbita del funcionamiento de los riñones que exige el tratamiento de diálisis hasta que vuelven a funcionar; en cambio en el fallo renal crónico la función de los riñones va disminuyendo de manera progresiva e irreversible, a lo largo de meses y en la mayoría de los casos años, hasta provocar Insuficiencia Renal Crónica Terminal (Long, 1997).

1.3 Causas y síntomas de la insuficiencia renal

Ferri (2003), considera que los primeros síntomas no suelen aparecer hasta que se ha perdido aproximadamente el 50% de la función renal; cuando se realiza una exploración aparece una elevada presión arterial, altas concentraciones de sodio, potasio, urea en orina y niveles elevados de creatinina en sangre. Esto se debe a que el agua acumulada en el torrente sanguíneo y en los tejidos y a las sustancias tóxicas que transportan la sangre circulante.

Todos los sistemas del organismo pueden verse afectados por este cuadro, denominado síndrome urémico o uremia, cuyos síntomas y signos son náuseas, vómitos, gastritis, hemorragias digestivas, halitosis, hipertensión, dolor de cabeza, fatiga, pericarditis, anemia, edema, prurito, problemas óseos, temblores. Cuando la función renal está por debajo del 30% se controla el desarrollo de la enfermedad con una dieta baja en proteínas y disminuyen los síntomas del síndrome urémico con

fármacos, y cuando la función decrece hasta el 10% es necesario el tratamiento dialítico (Ferri, 2003).

Cuando la IRC es producto de una enfermedad sistémica, como hipertensión arterial, diabetes mellitus y colagenopatías, el pronóstico empeora sustancialmente en comparación con los casos en que existe una enfermedad localizada en los riñones (Stern, Fricchione, Cassem, Jellinek y Rosenbaum, citados en González, 2009).

Entre las enfermedades primarias que pueden causar el fallo irreversible de la función renal, destacan la glomerulonefritis, la pielonefritis, la nefroesclerosis, la nefropatía diabética, la poliquistosis, la hipertensión, la diabetes mellitus, sin olvidar enfermedades congénitas o hereditarias (Ferri, 2003).

1.4 Tratamientos para la insuficiencia renal

De acuerdo con Terney, Phee y Papadakis (2004), un tratamiento debe ir enfocado a detener la causa del deterioro y disminuir la manifestación de IRC.

La finalidad de los distintos tratamientos para la insuficiencia renal no solo es mejorar la calidad de vida del paciente, sino disminuir la evolución del tratamiento, sobre todo el dietético, ya que constituye una parte esencial en todos los tratamientos; la dieta del paciente con insuficiencia renal debe ser rica en carbohidratos y baja en proteínas, esto con la finalidad de reducir el trabajo de los riñones (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

Dentro de los tratamientos empleados para el manejo de la IRC se encuentran la hemodiálisis, la diálisis peritoneal y el trasplante renal, los cuales favorecen la disminución de varios síntomas propios de la enfermedad y la prolongación de la vida del paciente; siendo utilizados de acuerdo a las condiciones físicas, psicológicas y sociales del mismo (Acosta, Chaparro y Rey, 2008).

1.4.1 Hemodiálisis

Es un proceso de terapia extracorpórea que permite separar la sangre del contenido dializado, al ser expuesto a una membrana semipermeable a través de una máquina especializada. Los procesos existentes son el convencional, el de alta eficiencia y el de alto flujo (Crawford y Lerma, 2008; citados en González, 2009).

Magaz (2003), señala que la hemodiálisis es un procedimiento que consiste en producir un intercambio de agua y de sustancias perjudiciales para el organismo entre la sangre y una solución específica a través de una membrana artificial. Para que esta conexión sea posible es necesario que el enfermo tenga un acceso vascular especial que permita la realización de 6 punciones por semana.

Normalmente se somete al paciente a una intervención quirúrgica de índole menor donde se anastomosan una arteria y una vena superficiales, generalmente a la altura de la muñeca, provocando un mayor flujo de sangre a la vena y un engrosamiento de las paredes. Aunque éste es el procedimiento más deseable, cuando el calibre de la vena es insuficiente o se producen trombosis irreversibles se recurre a un auto trasplante de vasos o a la implantación de una prótesis. El resultado final constituye la colocación de una fístula arteriovenosa (Magaz, 2003).

Generalmente en este procedimiento se utiliza una máquina que purifica y filtra temporalmente la sangre de desechos nocivos, sal y agua en exceso por medio de dos agujas conectadas a una fístula que se retiran al final de cada sesión, este procedimiento se realiza por lo general tres veces por semana de 3 a 5 horas por cada sesión (Hernández, 1995; citado en Acosta et al., 2008).

Los pacientes tienen en todo momento profesionales entrenados en el caso de presentarse complicaciones durante el tratamiento y deben acudir a la unidad renal en horarios establecidos sin posibilidad de realizar otras actividades durante este tiempo y pueden tener problemas con el acceso venoso e hipotensión (Hernández, 1995; citado en Acosta et al., 2008).

1.4.2 Diálisis peritoneal

Es un proceso de intercambio de solutos y fluidos a través de la membrana peritoneal, que sirve como la superficie dialítica. Por medio de difusión y movimientos de los solutos, la urea, la creatinina y el potasio pasan a la cavidad peritoneal, mientras que el bicarbonato y calcio fluyen en sentido inverso a través de un gradiente de concentración y por convección. Los procesos empleados son diálisis peritoneal ambulatoria continua y diálisis peritoneal con ciclaje automatizado continuo (Crawford y Lerma, 2008; citados en González, 2009).

En la diálisis peritoneal se utiliza una membrana interna que reviste el abdomen, llamada peritoneo, que filtra la sangre del exceso de agua, desechos y sustancias químicas, introduciendo una solución de diálisis en el abdomen durante 4 a 6 horas, realizando los recambios 4 veces al día. A pesar de que el paciente puede compartir más tiempo con su familia, desempeñar un trabajo y no asistir a alguna unidad renal, el procedimiento requiere mayor espacio, elementos especiales e higiene en el hogar, lo que puede ser causa de estrés para sus familiares (Chan, McFarlane, y Pierratos, 2005; citados en Acosta et al., 2008).

Magaz (2003), refiere que existe otro proceso de diálisis, que no precisa ninguna máquina, en él se utiliza una membrana orgánica situada en la zona abdominal de todas las personas, el peritoneo. El paciente introduce el líquido de diálisis en la cavidad abdominal que queda a un lado del peritoneo; a diferencia de la hemodiálisis, el intercambio entre la sangre y la solución de diálisis se realiza durante veinticuatro horas, ya que el líquido de diálisis está en la cavidad abdominal durante todo el día y la noche. Esta modalidad consiste en realizar una intervención de cirugía menor, en la que se practica un orificio en el abdomen para introducir en él un catéter que pone en contacto la cavidad del peritoneo con el exterior.

Por lo tanto es importante mencionar que ninguna de estas alternativas consigue sustituir las funciones endocrinas y metabólicas del riñón, pero sí las de regulación del equilibrio hidroelectrolítico del organismo, lo cual es suficiente para que una persona con IRC pueda vivir.

Mediante el trasplante se consigue restablecer todas las funciones del riñón de modo que para aquellas personas con condiciones físicas adecuadas para someterse a un trasplante, la diálisis es un tratamiento de espera hasta que haya un órgano disponible (Magaz, 2003).

1.4.3 Trasplante renal

El trasplante renal es una transferencia de tejidos u órgano (riñón) desde un organismo donante a un receptor. Para reducir la posibilidad de rechazar el riñón donado se tiene la necesidad de tomar medicamentos diariamente, especialmente inmunosupresores que disminuyen las defensas propias del organismo, el paciente además debe seguir las indicaciones dadas por el médico nefrólogo y someterse a una valoración pre trasplante (Acosta et al., 2008).

Es una intervención quirúrgica de gran envergadura que permite llevar una vida normal, evita las complicaciones de las fases finales de la enfermedad, hace innecesaria la realización de diálisis además de generar una disminución de los costos; pero incluirse en lista de espera genera altos niveles de ansiedad, además que el cuerpo puede rechazar el riñón donado y éste puede no durar toda la vida (Brook y Nicholson, 2003; citados en Acosta et al., 2008).

Un trasplante de riñón consiste en la extirpación de un riñón funcional que puede ser de un donador vivo o cadavérico; para que el trasplante se pueda llevar a cabo es fundamental que el receptor tome anteriormente una serie de medicamentos para que el órgano trasplantado no sea rechazado (Novartis, 2006).

En México se llevan a cabo alrededor de 2, 800 trasplantes de riñón por año, esto es por debajo de la media deseable. Por cada millón de habitantes hay 5 donadores en México a comparación de España que son 49 donadores (Farreras, 2000).

1.5 Insuficiencia renal y psicología

Existen varios enfoques para poder dar un significado concreto a la salud, ya que en su inicio la salud era definida como la ausencia de enfermedad, la cual se considera la interrupción de la homeostasis del organismo (Chávez y Polo, 2009).

Por lo tanto la Psicología de la Salud debe incluir la intervención psicológica en todos los momentos de evolución de la enfermedad (Martín, 2003). La Psicología de la Salud ha tomado gran importancia en el ámbito de la medicina gracias a su capacidad en el eje salud-enfermedad, además del incremento en la incidencia y prevalencia en los trastornos mentales y emocionales, sin olvidar lo más importante, el reconocimiento de los factores psicológicos en las enfermedades físicas (Simón, 1999).

En la actualidad el tiempo de vida de las personas, un accidente, una enfermedad, quizás alguna situación biológicamente amenazante o alguna pérdida inesperada o poco explicada, incluso algún recuerdo traumático pudieran ser quizá entornos potencial y comprensiblemente desencadenadores (en lo biológico) de procesos ansiosos (Luengo, 2005).

Simón (1999), considera que los comportamientos y estilos de vida pueden afectar tanto a la salud como la enfermedad. La forma como respondemos a nuestros males se puede convertir en un punto favorable o adverso para nuestro bienestar físico o mental. En cualquier caso podríamos delimitar el argumento en los siguientes aspectos:

- La salud se puede evaluar a través de las manifestaciones de los individuos, esto es de su comportamiento (biológico, social y motor).
- Todo comportamiento adaptativo puede ser calificado de saludable.
- Los comportamientos no adaptativos, aunque en sí mismos no tiene por qué ser calificados como mórbidos, podrían conducir a comportamientos de enfermedad.

- El comportamiento actúa recíprocamente con la salud del propio individuo de manera que el nivel de salud es, en parte, función del comportamiento del sujeto, y éste a su vez está condicionado por las características psicológicas, biológicas y de ecosistema del propio individuo. Pero, además, hay que tener en cuenta que la salud se manifiesta a través del propio comportamiento.

Las enfermedades crónicas como la insuficiencia renal, no sólo alteran al paciente por el proceso de adaptación que implican, sino que pueden producir dificultades económicas, cambiar la visión que la persona tiene de sí misma, afectar las relaciones con los miembros de la familia y amigos (Brannon y Feist, 2001).

Así mismo en algunos pacientes con padecimiento crónico puede existir una depresión grave y prolongada, con agudos sentimientos de indefensión y desesperanza, surge una dependencia en relación a los demás y una innecesaria limitación de acciones. En este sentido los pacientes pueden llegar a demandar intervención psicológica para tratar la dificultad (Latorre y Beneit, 1994).

El significado personal de la enfermedad influye en la respuesta emocional y las conductas de afrontamiento a ella. Por lo tanto ésta puede percibirse como un fenómeno altamente estresante, como un reto, una amenaza, una pérdida, un castigo, un beneficio o alivio a responsabilidades y situaciones personales. En función de esto el paciente adopta su rol de enfermo, así como la aceptación, consecuencias y los deberes de la condición de paciente son aspectos psicológicos muy importantes para la adaptación y ajuste a la enfermedad, así como para la adherencia al tratamiento (Ferrer, 1995).

En la enfermedad crónica, existe una fase inicial crítica en la que los pacientes sufren alteraciones de sus actividades cotidianas, tal y como sucede en el caso de las enfermedades agudas; con posterioridad, el curso del trastorno crónico implica, en mayor o menor medida, cambios en la actividad física, laboral y social de los pacientes. Además, los individuos que sufren una enfermedad crónica, deben asumir psicológicamente el papel de paciente crónico y adaptarse así a un trastorno que puede durar toda la vida (Latorre y Beneit, 1994).

Inmediatamente después del diagnóstico de una enfermedad crónica, los pacientes pasan por un periodo de crisis caracterizado por un desequilibrio físico, social y psicológico (Moos, 1977; citado en Latorre y Beneit, 1994).

Mediante esta crisis perciben que su forma habitual de afrontar los problemas no les resulta eficaz, al menos temporalmente como consecuencia de ello, frecuentemente experimentan intensas sensaciones de ansiedad, miedo, desorganización y otras emociones, Latorre y Beneit (1994), han sugerido que durante la fase crítica de la enfermedad se producen en los pacientes diversas reacciones adaptativas que implican:

1. Hacer frente al dolor y la incapacidad.
2. Enfrentarse al ambiente del hospital y a los procedimientos terapéuticos.
3. Establecer relaciones adecuadas con los profesionales sanitarios.

Además de estas conductas iniciales de adaptación a la enfermedad, se producen con posterioridad, en distintos momentos de esta fase crítica, distintas reacciones que son comunes a cualquier situación de crisis personal (Taylor, 2007):

1. Mantener un equilibrio emocional razonable.
2. Conservar una autoimagen satisfactoria.
3. Preservar sus relaciones familiares y de amistad.
4. Prepararse para un futuro incierto.

Los individuos que sufren una enfermedad crónica pueden adoptar distintas estrategias para hacer frente a los problemas de la fase crítica. Así pueden negar o minimizar la gravedad de su trastorno, al menos durante los primeros momentos. Otros pacientes pueden por el contrario, buscar activamente información relevante para afrontar los problemas relativos a la enfermedad y su tratamiento. Una tercera estrategia de afrontamiento puede consistir en obtener apoyo emocional por parte de su familia, amigos o profesionales sanitarios (Moos y Tsu, 1977; citados en Latorre y Beneit, 1994).

Es particularmente interesante observar lo que sucede con los sometidos a trasplantes renales: en el estadio de hemodiálisis sostenida, en el periodo intermedio entre la extirpación renal y el trasplante, pueden registrarse manifestaciones ansiosas y depresivas (Rojas, 2004).

Para las personas que padecen de insuficiencia renal las técnicas sustitutivas se vuelven una nueva forma de vida, lo cual da pauta para relacionar la psicología con la medicina, es decir con enfermedades físicas y que además implica una dependencia de la tecnología médica para vivir.

La ansiedad es una reacción psicológica que puede desencadenarse a causa de una enfermedad física, el siguiente capítulo se relaciona con la ansiedad, siendo un factor sustancial que se considera en la investigación y que además se presenta no solo ante una enfermedad física sino en distintos acontecimientos de la vida que impliquen una situación amenazante.

CAPÍTULO II. ANSIEDAD

En este capítulo se habla sobre un problema de salud mental que es la ansiedad, se hará mención de la definición, las causas, síntomas, tipos y tratamientos. Ésta es una de las variables que se consideró para la investigación, por lo tanto tiene relación con el primer capítulo de insuficiencia renal.

2.1 Definición

Es un estado de inquietud y agitación del ánimo (Martínez, 1999). Se refiere al desorden psicofisiológico que se experimenta ante la anticipación de una situación amenazante, es una respuesta que tiene el organismo hacia cosas nuevas (Amigo, Fernández y Pérez, 2009).

Rojas (2004), define la ansiedad como una vivencia de temor ante algo difuso, vago, inconcreto, indefinido, que a diferencia del miedo, tiene una referencia explícita, es un temor impreciso carente de objeto exterior, considerada un estado de alerta del organismo que produce un sentimiento indefinido de inseguridad.

Cuando la ansiedad alcanza niveles exagerados puede dar lugar al resultado opuesto; impide enfrentarse a la situación paraliza y trastoca la vida diaria. Los trastornos de ansiedad no son solo un caso de “nervios”. Son estados relacionados con la estructura biológica y con las experiencias vitales de un individuo. Cuando es excesiva y se desborda, hace que el individuo sufra lo que en psicopatología se denomina un trastorno (Oblitas, 2010).

También se señala que la ansiedad es una construcción natural y necesaria para la persona, dado que forma parte del repertorio de conductas de adaptación a la enfermedad, su función en cuanto emoción reside en la preparación del propio organismo (mente y cuerpo) con el fin de afrontar una situación percibida como atentatoria para la integridad de la persona (Luengo, 2005).

2.2 Causas

Burillo (2014), hace referencia a que las principales causas de la ansiedad y se pueden diversificar en cinco factores que a continuación se describen.

1. **El estrés:** aparece cuando debido a una situación ajena a nosotros o externa produce tensión al sistema nervioso, el cual reacciona produciendo más hormonas. Estas desencadenan cambios en el organismo a nivel físico, manifestando un aumento en la tensión muscular, del ritmo cardiaco y la respiración. Y a nivel emocional se genera la ansiedad.
2. **Enfermedades físicas:** este caso es menos usual pero está presente.
3. **Toxinas o medicamentos:** el tomar cafeína, alcohol o ciertos medicamentos también es relevante.
4. **Factores ambientales:** en el trabajo, en los colegios, en las calles e incluso en la casa existe la contaminación ambiental y acústica. Esta es la más difícil de evitar, pero es importante al menos tenerla en cuenta.
5. **Causas especiales de nuestras vivencias:** estas son generalmente las más importantes, ya que provocan los síntomas más fuertes y hay que investigar un poco más en nuestro interior para encontrar el origen.

La ansiedad aparece como un síntoma más de enfermedades consideradas de gravedad: cánceres de distintos tipos, insuficiencia renal, enfermedades vasculares y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) (Rojas, 2004). En otras palabras es consecuencia de la percepción de peligro (Burns, 2006).

2.3 Síntomas

Oblitas (2010), considera que al abordar el tema de la ansiedad hay que decir que su sintomatología es muy variada y que en cada sujeto pueden aparecer síntomas relativamente distintos, aunque debe existir un núcleo básico o común. Estos

síntomas pueden reunirse en cinco grupos: físicos, psicológicos, de conducta, intelectuales y asertivos. Cada uno de ellos abarca una determinada área, aunque mezcla de uno y de otros. A continuación se describen los grupos que el autor realizó:

✚ **Síntomas físicos:** Están producidos por una serie de estructuras cerebrales intermedias donde residen o se asientan las bases neurofisiológicas de las emociones. Se puede afirmar que el hipotálamo es indispensable para la expresión de las emociones y que están relacionadas con la taquicardia, palpitaciones, opresión precordial, temblores, hipersudoración, sequedad en la boca y una dificultad respiratoria.

✚ **Síntomas psicológicos:** La ansiedad se desarrolla en un nivel psicológico, fundamentalmente es la experimentación de la libertad o de las posibilidades del ser humano. De ahí se deriva que sea más creativa, provoca una reacción esténica, de sobresalto, de incitación a la huida, de participación activa de miedos difuminados y etéreos, hay un cierto desafío, una mezcla de agitación, preocupación, tendencia a escaparse, a evadirse o a correr.

Los síntomas preferentes son sensación de falta de aire y dificultad para respirar, el tiempo interior va más acelerado, los hechos se viven con más rapidez, todo tiene una cierta velocidad, una mezcla de agobio y aglomeración de acontecimientos; todo parece que se precipita y se mueve alocadamente. Al mismo tiempo, hay una clara anticipación de lo peor, malos pensamientos repletos de la idea de que algo grave va a suceder, y todo ello en una atmosfera indefinida, vaga, inconcreta, abstracta y poco clara.

Los principales síntomas psicológicos que se presentan son Inquietud (estar nervioso), desasosiego, desazón, agobio, vivencias de amenaza, experiencias de lucha o huida, temores difusos, inseguridad, amplia gama de sentimientos tímicos (miedos diversos), sensación de vacío interior, presentimiento de la nada, temor a perder el control, temor a agredir, disminución de la atención, melancolía, pérdida de energía, sospechas e incertidumbres vagas, pero cuando la inquietud es muy

intensa se exterioriza temor a la muerte, a la locura, a suicidarse e incluso a pensamientos mórbidos, perniciosos, retorcidos.

✚ **Síntoma de conducta:** La conducta es todo aquello que se puede observar desde fuera en otra persona, y se registra al ver su comportamiento, como el de alerta, la hipervigilancia, la dificultad para la acción, el bloqueo afectivo, la inquietud motora y el trastorno del lenguaje no verbal.

Los principales síntomas de la conducta son: comportamiento de alerta, hipervigilancia, estado de atención expectante, dificultad para la acción, inadecuación estímulo-respuesta, disminución o ausencia de la eficacia operativa, bloqueo afectivo/perplejidad, sorpresa, no saber qué hacer, interrupción del normal funcionamiento psicológico, dificultad para llevar a cabo tareas simples e inquietud motora (agitación intermitente).

✚ **Síntomas intelectuales:** Aquí quedan comprendidos la sensación, percepción, memoria, el pensamiento, ideas, juicios, raciocinios y aprendizaje, todo esto relacionado con diversos errores en el procesamiento de la información, expectación generalizada de matriz negativo, pensamientos preocupantes y negativos, pensamientos ilógicos, dificultades para concentrarse y el trastorno de la memoria.

En un nivel intelectual la ansiedad se experimenta esencialmente en la manera de elaborar las ideas y los recuerdos, definiéndola como aquel estado subjetivo de tensión que se produce como consecuencia de errores o deficiencias en la acumulación y procesamiento de la información.

✚ **Síntomas asertivos:** El término asertivo se refiere a aquella conducta que hace y dice lo que es más adecuado a cada situación, sin inhibiciones ni agresiones inadecuadas, reuniendo características como: lo relacionado con la personalidad y con la forma en que ésta se muestra y funciona, conjunto de técnicas de comportamiento orientados a una mejoría de las propias relaciones sociales y poder expresar ideas, juicios y sentimientos tanto de signo positivo como negativo frente a

cualquier persona, situación o circunstancia, es decir, libertad de expresión ideológica y emocional.

Estos síntomas se refieren principalmente al descenso muy ostensible en las diversas habilidades sociales, el bloqueo en la relación humana, el no saber que decir ante ciertas personas, no saber decir que no y por lo tanto no saber terminar una conversación difícil.

2.4 Tipos

La ansiedad puede manifestarse en tres distintas formas, la primera es una forma brusca y episódica, es decir tener una crisis, por lo tanto tiene que ver con un trastorno de pánico, la segunda alude a una forma persistente y continua sin crisis, esto se considera un trastorno de ansiedad generalizada, y por último un estrés identificable como trastorno por estrés postraumático. En otros casos puede ser experimentada cuando el sujeto intenta controlar los síntomas o cuando el sujeto se siente atrapado por ideas recurrentes y/o rituales (Echeburúa, 1998).

De acuerdo con el Instituto Nacional de la Salud Mental (2009) cada trastorno de ansiedad tiene diferentes síntomas, pero todos los síntomas se agrupan alrededor de un temor o pavor irracional y excesivo, a continuación se describen los trastornos:

2.4.1 Trastorno de pánico: Se caracteriza por ataques repentinos de terror, usualmente acompañados por latidos fuertes del corazón, transpiración, debilidad, mareos, o desfallecimiento. Durante estos ataques, las personas con trastorno de pánico pueden acalorarse o sentir frío, sentir un hormigueo en las manos o sentirlas adormecidas, experimentar náuseas, dolor en el pecho, o sensaciones asfixiantes. Los ataques de pánico usualmente producen una sensación de irrealidad, miedo a una fatalidad inminente, o miedo de perder el control (Echeburúa, 1998).

El miedo a los inexplicables síntomas físicos de uno mismo, es también un síntoma del trastorno de pánico. A veces, las personas que sufren ataques de

pánico creen que están sufriendo un ataque cardíaco, que están enloqueciendo, o que están al borde de la muerte (Echeburúa, 1998).

2.4.2 Trastorno de ansiedad generalizada (TAG): Pasan el día lleno de preocupaciones y tensiones exageradas, incluso cuando hay poco o nada que las provoque. Tales personas esperan desastres y están demasiado preocupadas por asuntos de salud, dinero, problemas familiares, o dificultades laborales. En ocasiones, el simple pensamiento de cómo pasar el día produce ansiedad (Echeburúa, 1998).

Las personas con TAG parecen incapaces de liberarse de sus preocupaciones, a pesar de que usualmente son conscientes de que su ansiedad es más intensa de lo que amerita la situación. No se pueden relajar, se asustan con facilidad, y tienen dificultades para concentrarse. Con frecuencia, tienen problemas para dormir o mantenerse dormidas (Echeburúa, 1998).

Los síntomas físicos que con frecuencia acompañan la ansiedad incluyen fatiga, dolores de cabeza, tensiones musculares, dolores musculares, dificultad para comer, temblores, tics nerviosos, irritabilidad, transpiración, náuseas, mareos, necesidad de ir al baño con frecuencia, sensación de falta de aire, y repentinos acaloramientos (Echeburúa, 1998).

2.4.3 Trastorno de estrés postraumático (TEPT): Se desarrolla después de una experiencia aterrizante que involucra daño físico o la amenaza de daño físico. La persona que desarrolla el TEPT puede ser aquella que fue afectada, el daño puede haberle sucedido a una persona querida, o la persona puede haber sido testigo/a de un evento traumático que le sucedió a sus seres queridos o a desconocidos (Echeburúa, 1998).

Las personas con TEPT pueden asustarse con facilidad, paralizarse a nivel emocional (especialmente en relación con personas cercanas a ellas), perder interés en las cosas que acostumbraban disfrutar, tener problemas para mostrarse afectuosas, ponerse irritables, más agresivas, o incluso violentas. Tales personas

evitan situaciones que les recuerdan el incidente original y los aniversarios del incidente son con frecuencia un momento muy difícil (Echeburúa, 1998).

2.5 Tratamientos

Los objetivos del tratamiento en los diferentes tipos de ansiedad van encaminados a suprimir de entrada la ansiedad y además, a poner en marcha dispositivos de adaptación convenientes, facilitando así la posibilidad de que el paciente pueda, en el futuro, con la ayuda del médico, frenarla e impedir que prospere (Rojas, 2004).

Existen distintos tratamientos para la ansiedad, los cuales se describen de la siguiente manera:

✚ **Farmacoterapia:** La farmacoterapia es aquella parte de la terapéutica en la que se busca curar las enfermedades mediante el medicamento. Tiene como finalidad, prevenir, conservar o restaurar la salud que pudiera estar quebrantada como producto de una dolencia o enfermedad (Cotillo, 2004).

El grupo de las benzodiacepinas son los fármacos más eficaces para reducir la ansiedad, actúan sobre el sistema límbico y sus principales efectos es que actúa como disolvente de la ansiedad, produce relajación muscular y es facilitador del sueño (Barrero, 2003).

✚ **Psicoterapia:** Es el tratamiento formal de pacientes que utiliza agentes psicológicos más que físicos y químicos, principalmente la comunicación verbal; pretende ayudar al individuo dañado mediante el hecho de influir sobre sus procesos emocionales, la evaluación de sí mismo. Tiene como objetivo alterar la conducta y cambiar las actitudes de personas mal ajustadas hacia resultados más constructivos (Romero, 2005).

Es considerada como la relación médico-enfermo a través de la cual desaparece la ansiedad y se crea un clima de influencia positiva que permite corregir los mecanismos inadecuados de la personalidad y explicarle al sujeto lo que le pasa (Barrero, 2003).

☒ **Socioterapia:** Tiene como función ampliar el medio social, mejorarlo, abrir nuevas perspectivas buscando el apoyo, la comprensión y el intercambio con personas más o menos afines (Barrero, 2003).

Es un conjunto de técnicas que apuntan a reducir los trastornos mentales mediante la utilización de las interacciones psicológicas entre el individuo enfermo y medio social donde vive; es la modificación artificial de un medio social a fin de permitir la adaptación en su seno de un deficiente mental (Pierón, 1993).

☒ **Fitoterapia:** Es la acción farmacológica de una determinada planta medicinal depende en la mayoría de los casos de varios principios activos y no solo de uno aislado, existiendo sinergismos y acciones coadyuvantes entre ellos, de modo que por lo general resulta más adecuada la acción de toda la planta en su conjunto que la de un determinado compuesto (Vanaclocha y Cañigüeral, 2006).

Es el tratamiento de enfermedades mediante el empleo y manejo de plantas o sustancias vegetales, la terapia de las plantas propone remedios sin número para las diversas afecciones, entre ellas, el insomnio, la ansiedad, los nervios y el estrés. La fitoterapia es sin duda, la estrella de las terapias naturales alternativas (Barrero, 2003).

La ansiedad la presentan la mayoría de las personas como consecuencia de una situación amenazante o el temor a un cambio, incluso como respuesta a la incertidumbre de lo que pueda suceder en alguna situación, tal es el caso del diagnóstico de una enfermedad como la insuficiencia renal.

Al igual que la ansiedad, la depresión también se considera que la pueden presentar personas con algún padecimiento crónico degenerativo y es precisamente el factor que se explica en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO III. DEPRESIÓN

Depresión es el nombre del último capítulo de esta investigación, al igual que el capítulo anterior se hará mención de la definición, las causas, síntomas, tipos y tratamientos, también se incluye un cuadro de diferencias y semejanzas de ansiedad y depresión y los estudios relacionados con la presente investigación.

3.1 Definición

Es una enfermedad caracterizada por un estado de ánimo triste, con pérdida de interés o capacidad para sentir placer por situaciones que antes lo producían, pérdida de confianza en sí mismo y un sentimiento de inutilidad. La depresión tiende a ser episódica. Esto significa que puede desaparecer y regresar entre periodos de total recuperación (De la Garza, 2004).

La pérdida de un ser querido, una situación desfavorable o el enfrentamiento a situaciones aflictivas pueden originar en cualquier persona un estado de tristeza o pena al que llamamos duelo y que se considera normal en el sentido de que se espera que ocurra, dada una situación determinada (Calderón, 2001).

El periodo depresivo trae consigo tristeza desinterés, incapacidad de amar, e inhibición psicomotriz. El duelo en la depresión incluye tres periodos: el de desesperación, el de depresión y el de adaptación. La duración del duelo es variable, y va desde unas cuantas semanas hasta varios meses (Calderón, 2001).

La depresión en la mayoría de los casos provoca tristeza, sensación de vacío y los sentimientos asociados duran poco, a lo sumo unas horas o unos pocos días. El estado de ánimo es muy bajo durante más de un par de semanas seguidas, perjudica en el trabajo, crea tensión en la familia y no permite disfrutar de la vida, es el sufrimiento de una alteración anormal del estado de ánimo (Granet y Levinson, 2000).

3.2 Causas

En las enfermedades crónicas, existe una fase inicial crítica, en la que los pacientes sufren importantes alteraciones de sus actividades cotidianas, tal como sucede también en el caso de las enfermedades agudas. Con posterioridad, el curso del trastorno crónico implica, en mayor o menor medida, cambios en la actividad física, laboral y social de los pacientes. Además, los individuos que sufren una enfermedad crónica, deben asumir psicológicamente el papel de paciente crónico y adaptarse así a un trastorno que puede durar toda la vida (Latorre y Beneit, 1994).

Zon (2009), considera que la depresión no tiene una única causa, sino varias que se conjugan simultáneamente. Pero de sus diferentes composiciones e intensidades surgen distintos tipos de enfermedades depresivas. Las múltiples causas y los factores de riesgo de acuerdo con este autor son los siguientes:

✚ **Factor de la herencia:** Muchas formas de la depresión se deben a cierta predisposición marcada por una herencia genética, el factor hereditario es de suma importancia para la formación de cuadros depresivos. Sin dejar de lado la relevancia de los acontecimientos de la infancia y el entorno familiar.

✚ **Acontecimientos de la vida:** Existen acontecimientos de la vida excepcionales que pueden funcionar como desencadenantes de una depresión. Enfermedades como el cáncer, diabetes, insuficiencia renal o alguna intervención quirúrgica, pueden ser manifestaciones que desencadenen una depresión.

Calderón (2001), supone que en la etiología de la depresión debemos tomar en cuenta una serie de factores que pueden determinarlas; el predominio de alguno de ellos estará en función del diagnóstico, aun cuando no existen factores etiológicos específicos en ningún tipo de depresión, con fines didácticos el autor divide las causas de la depresión de la siguiente forma:

1. **Genéticas:** son de mayor importancia en las depresiones psicóticas, un buen número de autores ha presentado pruebas en favor de la teoría de que algunas personas son portadoras de una vulnerabilidad específica de la psicosis maniaco

depresiva. Estos investigadores han tratado de demostrar que la tendencia a presentar uno de estos cuadros aumenta en proporción al grado de parentesco con la persona enferma que se tome como referencia.

2. Psicológicas: estas pueden intervenir en la génesis de cualquier tipo de depresión, pero son importantes en la depresión neurótica. Como en casi todas las neurosis. Los factores emocionales desempeñan un papel preponderante, presentándose desde los primeros años de vida, determinando rasgos de personalidad tan profundamente enraizados en el modo de ser del individuo, que algunos psiquiatras se refieren a ellos como rasgos constitucionales.

3. Sociales: los estados afectivos de depresión son una respuesta a la pérdida de los lazos de unión que han sido indispensables para la supervivencia y desarrollo de nuestra especie. Por medio de ellos se han desarrollado los sistemas psicobiológicos que a través de los siglos hemos heredado de nuestros antecesores. Un aspecto interesante de estos sistemas es que nos permiten resistir con una fuerza biológica cualquier intento de destrucción de nuestras ligas afectivas, reaccionado generalmente con manifestaciones físicas y psíquicas de angustia.

Las causas sociales de la depresión son la desintegración de la familia, disminución del apoyo familiar, falta de vínculos con los vecinos y las migraciones.

4. Ecológicas: el hombre siempre ha venido modificando su hábitat, sometiendo gradualmente a la naturaleza en la búsqueda continua de sus satisfacciones, las principales causas ecológicas son la contaminación atmosférica (mala calidad del aire inhalado), problemas de tránsito (mayor número de accidentes, disminución de las horas de descanso) y un ruido excesivo (insomnio, fatiga física e intelectual, irritabilidad y sordera).

3.3 Síntomas

Los síntomas de una depresión mayor incluyen sensaciones de desesperanza, abatimiento, inutilidad, culpabilidad, pesimismo y tristeza, estos pensamientos persisten en el enfermo durante la mayoría de los momentos de casi cada día y se

acompañan de otros síntomas como la fatiga la irritabilidad, la dificultad para concentrarse y una amplia variedad de alteraciones físicas (dolor abdominal, palpitaciones, dolor de cabeza, y trastornos digestivos) que no corresponden a la medicación (Granet y Levinson, 2000).

Los individuos aquejados de depresión pierden a menudo el interés por su trabajo u otras actividades, incluido el sexo. Pueden cambiar los hábitos alimenticios, con pérdida o ganancias significativas de peso. Algunos se sienten inquietos o profundamente aburridos. También son frecuentes la pérdida de energía y los trastornos del sueño (Granet y Levinson, 2000).

Por otro lado, De la Garza (2004), considera como síntomas los siguientes aspectos:

- Pérdida del interés por actividades que antes se disfrutaban o eran placenteras.
- Pérdida de la energía, presencia de fatiga.
- Cambios en el apetito o en el peso, tanto para subir como para perderlo.
- Dificultad para pensar y concentrarse, mala memoria, indecisión.
- Síntomas físicos de sentirse lento o inquieto.
- Sentimientos de culpa, de desesperanza o de baja autoestima.
- Recurrentes pensamientos de muerte y suicidio o intentos de hacerlo.

3.4 Tipos

Granet y Levinson (2000), señala que existen distintos trastornos asociados a la depresión listados en el DSM-IV, los cuales se describen a continuación.

3.4.1 Distimia: Es la depresión o abatimiento crónico no muy grave que dura aproximadamente dos años en los adultos y un año en los niños y adolescentes, en los cuales el estado de ánimo puede ser irritable. Se alude a este trastorno como una personalidad depresiva o un temperamento depresivo. Se conoce como enfermedad del mal humor, ya que se caracteriza por la irritación el descontento

permanente y la falta de tolerancia. Sus síntomas son leves y moderados y, por eso mismo, no imposibilitan desarrollar las actividades diarias y habituales (Zon, 2009).

De la Garza (2004), dice que es una forma crónica de depresión, en la cual el estado de ánimo es bajo durante la mayor parte del tiempo. Para el diagnóstico es necesario que este trastorno tenga una duración de dos años.

El curso puede ser intermitente con periodos de normalidad que duren incluso semanas o meses. Es más común en las mujeres o los hombres. Los trastornos del apetito y del sueño son frecuentes (Steiner et al., 1999; citados en De la Garza, 2004).

La mayor parte de estos pacientes muestran síntomas físicos como: fatiga o cefalea a los que no se encuentra explicación. Sin embargo cuando un paciente con distimia sufre una situación adversa en la vida, tiende a tener un trastorno depresivo ya existente, a esta situación se le llama doble depresión (Kroenke et al., 1994; citados en De la Garza, 2004).

3.4.2 Episodio depresivo mayor: En este caso el depresivo no puede rastrear la causa de la enfermedad ni ningún hecho concreto al que atribuirla, puede ser leve, moderada o grave (Zon, 2009).

El trastorno está caracterizado por la presencia de uno o más episodios depresivos sin la presencia de episodios maniacos, mixtos o hipomaniacos. Para el diagnóstico de este trastorno se descartan los trastornos del estado de ánimo inducidos por la ingestión de sustancias y aquellos que sean debidos a enfermedad médica. La característica fundamental consiste en la existencia de un periodo no inferior a dos semanas, en el que necesariamente se da un estado de ánimo deprimido, o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades que anteriormente agradaban al sujeto (Riquelme, 1997).

3.4.3 Trastorno bipolar: Los pacientes sufren episodios alternos de depresión y de manía (estado de ánimo exaltado, eufórico o irritable), cada uno de los cuales dura más de una semana. Durante la fase maniaca, los pensamientos que pasan por la

mente del paciente le hacen hablar sin cesar. Otras señales que contemplan la fase maniaca del trastorno bipolar son un estado de grandiosidad, dificultad para dormir, falta de atención y juicio crítico. Cuando hay evidencia de depresión y de manía a un mismo tiempo se alude a un trastorno mixto (De la Garza, 2004).

Se caracteriza por una alteración en el equilibrio, por lo que el paciente padecerá de periodos de depresión y de exaltación (manía), estos estados se alternan a lo largo del tiempo y también y también se le llama trastorno maniacodepresivo. Los periodos maniacos o de exaltación pueden ser de dos tipos: de euforia donde hay un ánimo feliz, o de disforia donde lo que predomina es la irritación. Estos estados son severos y pueden afectar el funcionamiento de la vida diaria o del trabajo. Cuando los episodios de exaltación son ligeros se les llama hipomanía (De la Garza, 2004).

3.4.4 Depresión atípica: Es un término en desuso y ha sido sustituido por la denominación trastorno depresivo no especificado, caracterizado por insomnio inicial (dificultad para conciliar el sueño), aumento del apetito, dormir demasiado, diversos síntomas de ansiedad y fóbicos, ausencia de síntomas endógenos claros, tales como culpa, adelgazamiento y falta de placer vital. Estos pacientes tienen un aspecto pasivo y sin energía, fatiga intensa e importante que causa una sensación de parálisis o pesadez extrema de brazos y piernas e hipersensibilidad al rechazo (De la Garza, 2004).

Las personas con depresiones típicas que no sienten la alegría de vivir, las que presentan un cuadro de depresión atípica pueden disfrutar de situaciones placenteras, aunque son incapaces de buscarlas. Cuando una persona experimenta síntomas repetidos de depresión moderada y de hipomanía durante el transcurso de dos años por lo menos, o en el caso de niños y adolescentes se considera de un año, se refiere a un trastorno ciclotímico (Calvanese, 1991).

Se caracteriza por una alteración en el equilibrio, por lo que el paciente padecerá de periodos de depresión y de exaltación (manía), estos estados se alternan a lo largo del tiempo y también y también se le llama trastorno maniacodepresivo. Los periodos maniacos o de exaltación pueden ser de dos tipos:

de euforia donde hay un ánimo feliz, o de disforia donde lo que predomina es la irritación. Estos estados son severos y pueden afectar el funcionamiento de la vida diaria o del trabajo. Cuando los episodios de exaltación son ligeros se les llama hipomanía (De la Garza, 2004).

3.5 Tratamientos

La psicoterapia por sí sola en un caso de depresión clínica es inútil si no es acompañada de medicamentos y ejercicio físico. Estos enfermos se hallan tan abatidos que escasamente hablan ya que los efectos favorables del medicamento se empiezan a ver hasta después de dos o tres semanas de haber iniciado el tratamiento (Lammoglia, 2001).

Pueden presentarse algunos síntomas secundarios que si bien no son graves puedan preocupar al paciente. Antes de iniciar un tratamiento es necesario tomar en consideración la detección de la depresión, una historia clínica cuidadosa y un examen psicológico son siempre necesarios para el diagnóstico, lo mismo que un examen físico que permite excluir padecimientos médicos que se presentan en forma de depresión. Es importante excluir la depresión inducida por fármacos; una vez considerados estos factores es posible encaminarse al tratamiento (Lammoglia, 2001).

Para la depresión se utilizan cuatro tipos de medicamentos: los antidepresivos tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), estimulantes y agentes más nuevos, cada uno de ellos es aplicable a un tipo concreto de depresión. Cada una de las características sintomáticas indica la ausencia de una hormona distinta o de una combinación de hormonas.

✚ **Los antidepresivos:** Es un fármaco que se receta para quitar los síntomas de la depresión mediante cambios en la estructura y función de los tejidos del cerebro, la gente que padece una depresión clínica nota una mejoría, tanto directa como indirecta por el bloqueo de los aspectos negativos de la depresión; lentamente desaparecen los sentimientos de baja autoestima, inutilidad, pérdida de apetito, falta de interés, insomnio y prácticamente todos los síntomas de la depresión. La

medicación ayuda a restaurar el nivel energético del paciente y potencia su capacidad de concentración (Lammoglia, 2001).

Los antidepresivos alivian el sufrimiento patológico, ya que actúan sobre las tristezas y las angustias que consumen todas las energías, ayudan a aliviar las visiones pesimistas y devuelven el gusto por la capacidad de actuar (Zon, 2009).

Los medicamentos tradicionalmente usados para la depresión son tricíclicos, inhibidores y estimulantes. Los efectos primarios de los tricíclicos consisten en incrementar la actividad de las sustancias neurotransmisoras serotonina y norepinefrina a nivel de las sinapsis neurales, principalmente dentro del sistema límbico del cerebro. Se considera que la acción primaria de los tricíclicos tiene lugar por el bloqueo de la recaptación celular de los neurotransmisores. Los estimulantes actúan inicialmente aumentando la liberación de neurotransmisores desde las neuronas enzimáticas hacia la hendidura receptora (Lammoglia, 2001).

 **Psicoterapia:** La psicoterapia basada en la comunicación verbal, emplea técnicas psicológicas que ayudan a aliviar la depresión y otros trastornos mentales. Durante el tratamiento, se describen los síntomas, problemas y experiencias a un profesional que, a su vez, aporta sus conocimientos. La conversación se dirigirá hacia sus pensamientos pasados o presentes sus comportamientos, emociones y sus relaciones con los demás (Lammoglia, 2001).

El papel del terapeuta no es el de resolver sus problemas, sino el de ayudarlo a que usted encuentre sus propias soluciones. Para ello efectuará preguntas cuidadosamente escogidas y hará observaciones que le aportaran un mejor conocimiento de sí mismo, de las personas de su entorno y de sus problemas (Lammoglia, 2001).

Debido a la base bioquímica de la enfermedad, la terapia psiquiátrica por sí sola no puede curar la depresión, aunque si ayuda. Esto se debe a que también hay un motivo emocional, ya sea una pérdida, una tensión o un conflicto interno. La terapia con medicamentos debe ir acompañada de una psicoterapia adecuada (Lammoglia, 2001).

Es importante mencionar que en una terapia el noventa por ciento lo hace el paciente. El trabajo del terapeuta consiste en escuchar y en tratar de romper los mecanismos de resistencia que el paciente tiene para hablar de sí mismo (Lammoglia, 2001).

Una persona con depresión tiende a negar, lo cual puede restar importancia o justificar los síntomas. La información de otras fuentes, que bien pueden ser los familiares y amigos cercanos, puede ser especialmente relevante para clarificar el curso de los episodios depresivos mayores actuales o pasados (Lammoglia, 2001).

La herramienta principal de una psicoterapia se llama catarsis, en la cual el paciente expulsa a través de palabras, todas aquellas emociones que lleva en su interior y le hacen daño. Uno de los mecanismos de resistencia más común es la soberbia. Un individuo puede tener resistencia a hablar de sus frustraciones sexuales, de sus estados de ánimo y hasta de sus avances. La mentira deliberada y consciente en una consulta médica es una resistencia muy común. Es importante tomar en consideración que una persona con depresión se siente mal al tener tal padecimiento y por lo tanto va negar su malestar (Lammoglia, 2001).

La terapia a una persona con depresión también tiene el propósito de reforzar la autoestima que ha sido afectada severamente. A la psicoterapia, le interesa tanto la persona como las circunstancias objetivas y subjetivas asociadas a la depresión, sus intervenciones constituyen un proceso psicoeducativo donde el sujeto aprende a tomar partido en su mejoría, transformando sus hábitos mentales distorsionados y modificando su manera de enfrentar la adversidad (Jervis, 2005).

Con la psicoterapia además de identificar comportamientos y pensamientos negativos los convertirá en positivos. El objetivo de la psicoterapia no sólo es ayudarlo a tratar su depresión, sino también de mejorar su actitud global frente a la vida (Granet y Levinson, 2000).

✚ **Tratamiento conductual:** Debido a que las persona deprimida con frecuencia carecen de habilidades necesarias para desarrollar relaciones con los demás, el enfoque conductual para solucionar este problema es mediante la capacitación en

habilidades sociales. Este tipo de terapia enseña habilidades verbales y no verbales básicas, una vez que estas han sido aprendidas los clientes practican de manera gradual utilizando los principios básicos, posteriormente al cliente se le asignan tareas en las cuales el objetivo es adaptarse a la nueva habilidad para que sea útil en el entorno diario (Sarason y Sarason, 2006).

El tratamiento consiste en una programación de actividades que comienzan a dar al sujeto los refuerzos que necesita. Una vez que comienza se establece una realimentación positiva. Uno de los problemas con los que plantea el depresivo es que dice que no tiene fuerzas para hacer nada, que cuando se le cure la depresión y se siente bien es cuando saldrá y hará las cosas que le apetecen. Se trata de plantearle lo contrario, cuando te mueves te refuerzan y te sentirás bien y con más ganas de seguir (García y Calvanese, 2008).

✚ **Terapia cognitiva:** Desde este punto de vista, las personas que están deprimidas regularmente perciben las causas de los eventos de una forma que no es favorable para ellos. La presencia de esquemas o formas de codificar e interpretar la conducta puede ser una de las causas en las interpretaciones negativas injustificadas. Las técnicas de terapia cognitiva se utilizan para contrarrestar los efectos de estos esquemas, y para ayudar al cliente a crear nuevas propuestas de conducta y alterar los esquemas para hacerlos más adaptativos (Sarason y Sarason, 2006).

Sin embargo uno de los aspectos fundamentales del método cognitivo es la indagación en los pensamientos y sentimientos del paciente a través de un dialogo socrático conducido por el terapeuta, sobre todo los pensamientos asociados a los estados de ánimo que forman parte de la depresión, tristeza, culpabilidad, desesperanza y apatía. Una persona que está deprimida malinterpreta los hechos de manera negativa de cualquier situación, así también tiene expectativas pesimistas y sin esperanza sobre el futuro (Jervis, 2005).

El objetivo de la terapia cognitiva es modificar una forma de entender la realidad, busca transformar el modo en que la persona construye su pensamiento, su percepción de la situación, para luego se modifique el accionar (Zon, 2009).

☒ **Terapia cognitivo- conductual:** La depresión se ve como el resultado de varios factores, incluyendo las experiencias aversivas y los problemas crónicos, que tienen como consecuencia, vulnerabilidad y procesos cognitivos negativos. Por lo tanto el enfoque cognitivo conductual se centra en la programación de actividad para aumentar las actividades reforzantes en la reestructuración cognitiva (Caballo, 2007).

El objetivo principal de la terapia cognitivo conductual en personas deprimidas consiste en ayudarles a pensar de manera más adaptada y como resultado, experimentar cambios positivos en su estado de ánimo (Sarason y Sarason, 2006).

Un antidepresivo es un fármaco que se receta para quitar los síntomas de la depresión mediante cambios en la estructura y función de los tejidos del cerebro. Las personas que toman antidepresivos notan una mejoría, tanto directa como indirectamente, por el bloqueo de los aspectos negativos de la depresión. Desaparecen lentamente los sentimientos de baja autoestima, inutilidad, pérdida de apetito, falta de interés, insomnio y prácticamente todos los síntomas de depresión. Además, la medicación ayuda a restaurar el nivel energético del paciente y potencia su capacidad de concentración (Granet y Levinson, 2000).

3.6 Ansiedad y depresión: Diferencias y semejanzas

La ansiedad y depresión son los trastornos más característicos de la vida afectiva, representan las formas más frecuentes de experimentar emociones, sentimientos y pasiones.

A continuación se presenta un cuadro con síntomas de los factores de ansiedad y depresión:

| Cuadro 1. Síntomas depresivos y ansiosos | |
|---|---|
| Depresión (trastorno de depresión mayor). | Ansiedad (trastorno por ansiedad). |
| <ul style="list-style-type: none"> • Descenso del estado de ánimo (tristeza, apatía, pérdida del interés, depresión, melancolía, falta de iniciativa, desesperación) • Inhibición, excitación • Poco apetito o pérdida de peso • Trastornos del ritmo del sueño. • Algún elemento del llamado delirio depresivo. a) aprensión o hipocondría b) sentimientos de ruina c) sentimientos de culpa y/o condensación • Trastornos de la esfera de la memoria (disminuida), pensamiento (ideas repetitivas de muerte y/o suicidio), inteligencia (disminución transitoria de sus capacidades), atención (dificultad o incapacidad para concentrarse), conciencia (estar distraído), absorto • Fatiga, cansancio enorme. • Quejas somáticas: dolor de cabeza, dolores diversos, molestias digestivas, vértigos, síntomas cardiovasculares y respiratorios. • Pérdida del interés por actividades habituales • Disminución o ausencia de la motivación sexual. | <ul style="list-style-type: none"> • Inquietud interior (desasosiego, inseguridad, presentimiento de la nada, temores difusos, anticipación de lo peor.) • Tensión motora (temblores, dolores musculares, espasmos, incapacidad para relajarse, tics, rostro constreñido) • Estado de alerta (hipervigilancia) • Expectación negativa (preocupaciones, miedos, anticipación de desgracias para uno mismo o para los demás) • Irritabilidad, impaciencia, irascibilidad, estado de alteración. • Temor a la muerte, temor a la locura, temor a perder el control, temor a suicidarse (todos en el ataque de pánico) • Quejas somáticas: palpitaciones, opresión precordial, sequedad de boca, hipersudoración, dificultad respiratoria, pellizco gástrico, escalofríos, oleadas de calor y de frío, manos sudorosas, sensación de mareo o vértigo, colitis, micciones frecuentes. |
| Adaptado de “ <i>Depresión</i> ” G. Calderón, 2001, México: Trillas. | |

3.7 Estudios relacionados con el tema

El objetivo de ésta investigación fue describir la ansiedad y depresión en personas diagnosticadas con insuficiencia renal y por lo tanto se hará mención de algunos estudios que se han realizado en relación al tema.

Calvanese (1991), determinó que los problemas conductuales que con mayor frecuencia presentan las personas con algún tratamiento renal son depresión, ansiedad y dependencia por la inminente sensación de muerte.

El estudio de Smith, Hong y Robson (2001), *Diagnosis of depression in patients whit end stage renal disease: Comparative analysis* citados en García y Calvanese (2008), considera que la prevalencia de la depresión en tales pacientes es aún desconocida pero no existe duda que la depresión y la ansiedad pueden influir en la adherencia al tratamiento y la evaluación de la calidad de vida y estas percepciones pueden acortar la supervivencia del afectado.

García y Calvanese (2008), es su trabajo de *Calidad de vida, depresión y ansiedad en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal*, tuvieron como propósitos determinar la percepción de calidad de vida de los pacientes que reciben tratamiento sustitutivo de la función renal a través de hemodiálisis, diálisis peritoneal, ambulatoria continua y trasplante renal y establecer asociaciones entre la percepción de calidad de vida en esas tres modalidades de tratamiento y su relación con la depresión y la ansiedad.

El instrumento que se utilizó fue el de Calidad de Vida para Enfermedad Renal (KDQ), los autores encontraron asociaciones moderadamente significativas entre la depresión y la calidad de vida. Sin embargo generalmente los trasplantados poseen una percepción de mayor bienestar subjetivo y manifiestan menores trastornos emocionales de ansiedad y depresión que los pacientes en diálisis.

Otra investigación relacionada es la que realizaron Páez, et al., (2008), *Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis*, el objetivo del estudio fue investigar los niveles de ansiedad y depresión en

30 pacientes (15 mujeres y 15 hombres) con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis de edades entre 25 y 85 años, se elaboró una entrevista semiestructurada se aplicaron en uno o dos encuentros con cada participante; los principales resultados en lo que se refiere a el factor ansiedad fue mayor en los enfermos renales crónicos de más edad y durante los primeros meses de hemodiálisis; mientras que en el factor depresión fue mayor en los pacientes sin actividad laboral y de edad superior a la media.

Existe una investigación que tiene relación con uno de los factores estudiados en el presente trabajo, el que elaboró Alarcón (2004), *La depresión en el paciente renal*, en este trabajo se diseñó un plan de tratamiento, según la intensidad de la depresión y el cual ha resultado útil y su eficacia ha sido valorada empíricamente.

El esquema de funcionamiento es un equipo integrado por diversos profesionales con la única finalidad que los pacientes tengan no solo una valoración psicológica diagnóstica, sino un proceso terapéutico formal. Se trabajó en el seguimiento de dos casos clínicos para identificar el nivel de depresión y el tratamiento que el paciente tendría que llevar a cabo y lograr una atención multidisciplinar en el paciente con insuficiencia renal.

Santillán (2010), realizó una investigación titulada *Diseño, implementación y evaluación de un programa de Intervención Educativa para pacientes con insuficiencia renal Crónica*, el objetivo general de este trabajo fue el de diseñar y probar los efectos clínicos de un programa de intervención educativa cognitivo conductual para pacientes pre-diálisis aceptados en el protocolo de DPCI en los siguientes indicadores: a) sintomatología depresiva, b) ansiedad, c) conocimientos sobre la enfermedad, y d) electrolitos séricos (glucosa, sodio y potasio).

Como objetivos específicos se tuvieron el 1) diseñar y aplicar el programa de intervención Pre diálisis que incluya material para pacientes, 2) diseñar y aplicar un Manual Para Pacientes con IRC en DPCI a través de un entrenamiento de cinco sesiones y 3) comparar los efectos de programa en los niveles de ansiedad, sintomatología depresiva y electrolitos séricos del pre test vs post test.

Se realizó un estudio con una metodología cuasi-experimental, diseño transversal que incluyó una evaluación pre-test y pos-test. Se trabajó con un grupo de seis pacientes con IRC, seleccionados no probabilísticamente en el Hospital General de Atizapán de abril a julio, 2004. Los instrumentos que se utilizaron fueron la Escala de Depresión de Beck, del Inventario de Ansiedad de Beck y una Prueba de Conocimientos.

Los resultados muestran que hubo cambios en el nivel de conocimientos sobre la IRC en un sentido positivo siendo estadísticamente significativos. Los decrementos en los niveles de ansiedad y sintomatología depresiva no fueron significativos. En los índices de sintomatología depresiva, y ansiedad no se encuentra tampoco que el Entrenamiento haya elevado estos indicadores, es decir el Entrenamiento no generó mayores niveles de ansiedad o sintomatología depresiva en los participantes en comparación con el pre-test.

En el área de conocimientos sobre la IRC algunos participantes duplicaron el nivel de conocimientos y todos tuvieron mejores puntajes durante el pos test, en ningún caso se mantuvo la misma puntuación que el pre test.

Una investigación más reciente en relación al tema es la de Gómez, Naranjo y Olarte (2011), es su trabajo *Identificación de los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica de una unidad de hemodiálisis de la ciudad de Armenia-Quindío*; la investigación de carácter descriptivo-cuantitativa realizada en una muestra de 12 pacientes con IRC a los que se les aplicó la escala hospitalaria de ansiedad y depresión de Hamilton.

En el cual se encontró niveles significativos de ansiedad en el 66% de la muestra, y depresión significativa en el 28%. Los autores indican que las altas cifras indican la necesidad de realizar labores de acompañamiento psicológico durante el proceso médico en pro del mejoramiento de las condiciones de vida de las personas con IRC o cualquier otra patología de cronicidad que cause alteraciones en los aspectos psicosociales.

Los estudios relacionados nos sirven como referencia o antecedente de los trabajos realizados con algún tema, en este caso fue la ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal en relación a las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, ocupación y escolaridad).

Se ha concluido el marco teórico que sustenta lo realizado en la investigación. El siguiente capítulo hace referencia al método que se llevó a cabo para el presente trabajo.

V. MÉTODO

Este capítulo es el más significativo porque parte de la delimitación del tema y como primer momento surgen los objetivos, el planteamiento, las variables y los participantes de la investigación.

El segundo momento de la investigación es la aplicación, captura y procesamiento de la información para finalmente presentar los resultados obtenidos.

1. OBJETIVOS

Objetivo general

Describir los indicadores de Ansiedad y Depresión en una muestra de pacientes con insuficiencia renal.

Objetivos específicos

Describir los indicadores de Ansiedad en relación a las variables sociodemográficas en pacientes con insuficiencia renal.

Describir los indicadores de depresión en relación a las variables sociodemográficas en pacientes con insuficiencia renal.

2. Tipo de investigación

La investigación es descriptiva y la finalidad es conocer y describir los indicadores de ansiedad y depresión que tienen las personas que sufren problemas de insuficiencia renal.

Este tipo de estudio busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis, es decir miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos conceptos (variables), aspectos, dimensiones o componentes del

fenómeno a investigar” (Danhke, 1989; citado en Hernández, Fernández y Baptista, 2010. p 102).

3. Planteamiento del problema

Actualmente en México la insuficiencia renal constituye un problema de salud pública, es una enfermedad progresiva altamente demandante de los recursos de la persona que la padece y también de la familia, en la que se tienen graves consecuencias en lo que a su calidad de vida concierne; ya que el paciente con insuficiencia renal experimenta una vida de alguna manera frágil y con límites, constantemente accede a recursos médicos en busca de una vida plena y de calidad, luchando siempre por vencer la enfermedad.

La insuficiencia renal es la disminución o pérdida de la función renal, y puede ser aguda o crónica, hasta un nivel en el cual los riñones no pueden mantener la homeostasis biológica normal (Blakiston, 2002).

Harrison (2004), considera que es un estado irreversible en el que los riñones no son capaces de llevar a cabo sus funciones de depuración y regulación hidroeléctrica, acumulados en la sangre sustancias derivadas del metabolismo. Uno de los tratamientos que se utiliza en la insuficiencia renal, es la hemodiálisis (HD), la cual consiste en dializar la sangre a través de una máquina: se hace circular la sangre desde una arteria del paciente hacia el filtro de diálisis o dializador en el que las sustancias tóxicas de la sangre se difunden en el líquido de diálisis; la sangre libre de toxinas vuelve luego al organismo a través de una vena canulada.

La HD es un proceso lento que se realiza conectando el enfermo a una máquina durante aproximadamente 4 horas, 2 o 3 veces por semana Sin embargo 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 (Guyton y Hall, 1997; citados en Páez et al., 2009).

La ansiedad se refiere al desorden psicofisiológico que se experimenta ante la anticipación de una situación amenazante (Amigo et al., 2009), mientras que la depresión es una alteración del estado de ánimo, considerada una enfermedad que implica un elevado riesgo para la vida (Granet y Levinson, 2000).

Goleman (1998), afirma que estas dos variables son capaces de influir en el sistema inmunitario fortaleciéndolo o debilitándolo y afectando a través de esta vía la salud. Se hallan numerosas evidencias que señalan como las situaciones estresantes influyen en el sistema nervioso y pueden llevar a una supresión de la función inmune.

Algunas de las variables emocionales que se han estudiado son: ansiedad, depresión, hostilidad, ira, agresividad y se evidencia que éstas constituyen factores predisponentes al distress, facilitan el rol de enfermo, los cambios en el sistema inmune, estimulan conductas no saludables como tabaquismo, alcoholismo y así se convierten en causa indirecta de cáncer y otras enfermedades (Grau, 1998; citado en Martín, 2003).

Por lo tanto se describirá la Ansiedad y Depresión en pacientes con insuficiencia renal en relación a las variables sociodemográficas.

4. Preguntas específicas

¿Cuál es el nivel de ansiedad con respecto a las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, ocupación y escolaridad)?.

¿Cuál es el nivel de depresión con respecto a las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, ocupación y escolaridad)?.

5. Variables

Una variable es definida como la propiedad que puede variar y de la cual la variación es susceptible de medirse, o en su caso observarse (Hernández et al., 2010).

Ansiedad y depresión fueron las variables que se utilizaron en la investigación y las cuales se describirán a continuación de manera conceptual y operacional.

Ansiedad

Definición conceptual

Sandín y Chorot (1995; citados en Páez et al., 2009) refieren que la ansiedad es una señal de alarma ante la percepción y evaluación subjetiva de una situación como amenazante. Puede actuar como respuesta adaptada al preparar al organismo para responder a las demandas de su entorno, o bien como respuesta de adaptativa al anticiparse a un peligro irreal.

Definición operacional

Son las respuestas que dieron del Cuestionario de Salud General (GHQ28), en lo que respecta a la subescala ansiedad.

Depresión

Definición conceptual

Es una enfermedad de los sentimientos. Va desde una reacción exagerada a la tristeza normal, pasando por un sentimiento de vacío en el que aun puedes funcionar, hasta una desesperación absoluta, falta de esperanza y postración (Trickett. 2009).

Definición operacional

Son las respuestas que dieron del Cuestionario de Salud General (GHQ28), en lo que respecta a la subescala depresión.

6. Participantes

Se utilizó una muestra no probabilística, también llamada muestra dirigida, en donde la elección de los casos no depende de que todos tengan la misma posibilidad de ser elegidos, sino de la decisión de un investigador o un grupo de personas que recolectan la información (Hernández et al., 2010).

La muestra se conformó por 81 personas diagnosticadas con insuficiencia renal de la ciudad de Toluca, con un rango de 18 a 72 años. El 79.3% de los pacientes asisten a consulta al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en la clínica 220 y el 20.7% tienen asistencia médica en el Hospital Nicolás San Juan (porque cuentan con seguro popular, SEMAR e ISSSTE).

Los criterios de inclusión para formar parte de la investigación fueron los siguientes:

- Tener asistencia médica por parte de alguna institución de salud.
- Estar diagnosticado con insuficiencia renal.
- Tener edad de 18 a 65 años.
- Que acepte participar en el estudio.

7. Instrumento

La información se obtuvo mediante el Cuestionario de Salud General, Cuestionario de Salud General elaborado por Goldberg y Hillier en 1979 y del que existen múltiples versiones; la versión de 28 ítems, el denominado GHQ28 que fue validada en población mexicana, no clínica por Romero y Medina-Mora (1987), en pocos minutos interroga al paciente sobre cuestiones de salud mental con similar validez y poder discriminativo que la versión original de 60 ítems. El GHQ28 es un test auto administrado.

En esta investigación solo se retomaron las escalas de Ansiedad y Depresión. El Cuestionario de Salud General contiene 4 subescalas con siete preguntas en cada una de ellas, las cuales son: Síntomas Psicossomáticos (preguntas 1–7), Ansiedad (preguntas 8–14), Disfunción Social en la Actividad Diaria (preguntas 15–

21) y Depresión (preguntas 22–28). El objetivo consiste en detectar cambios de salud general del paciente relacionado con su función normal y no en determinar los rasgos que lo acompañan a lo largo de su vida.

8. Diseño de la investigación

Se trabajó con un diseño no experimental transversal que consiste en realizar la investigación sin manipular deliberadamente a las variables; en otras palabras, es observar fenómenos tal y como se dan, posteriormente realizar un análisis, sin olvidar que los datos se recolectan en solo momento, es decir en un tiempo único (Hernández et al., 2010).

Pasos que se siguieron para la investigación:

- ❖ Elección del tema a investigar.
- ❖ Selección de muestra e instrumento.
- ❖ Búsqueda y recopilación del marco teórico.
- ❖ Aplicación del instrumento.
- ❖ Captura de los datos en el programa SPSS.
- ❖ Análisis de la base de datos.
- ❖ Discusión y conclusiones.

9. Captura de la información

Después de haber elegido el instrumento que se utilizaría para la investigación y elegir la población muestra con la que se trabajaría, se acudió a instituciones de salud, como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el que se entregó un oficio para informar la finalidad de la investigación y así poder obtener la autorización de aplicación de instrumentos. También se aplicó a otros pacientes que tenían seguro popular, servicio por parte de la Secretaria de Marina (SEMAR) o el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), para poder completar la muestra.

Una vez obtenido el permiso se establecieron horarios en los que se podía acudir a la clínica, así como la indicación del piso en el que se encontraban los pacientes y realizar la aplicación del instrumento previamente seleccionado. Al momento de presentarse con los pacientes se les informaba el objetivo de la investigación y se les proporcionó un consentimiento para que firmaran si estaban de acuerdo en participar, haciendo hincapié que lo que contestaran en el instrumento se usara de manera confidencial.

10. Procesamiento de la información

Para poder procesar la información obtenida mediante el GHQ28, se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 19.

Se realizó estadística descriptiva para efectuar el procesamiento de la información, que incluye frecuencias, porcentajes, media y desviación estándar de la cual se obtuvieron resultados de lo que está ocurriendo con la población estudiada.

VI. RESULTADOS

En las siguientes tablas se presentan los resultados obtenidos de la aplicación del GHQ28 en relación a los factores ansiedad y depresión que se aplicaron a personas diagnosticadas con insuficiencia renal.

La Tabla 1 muestra resultados en cuanto a variables sociodemográficas de las personas diagnosticadas con insuficiencia renal que participaron en la investigación; en relación al sexo el 53.7% de la muestra son mujeres, el porcentaje más alto en cuanto edad es de 53.7% (18 a 32 años).

La mayoría de los participantes tienen una pareja (56.1%), y esta misma frecuencia también se puede observar en la escolaridad de los pacientes. Finalmente se muestra la frecuencia en cuanto a la ocupación de los pacientes con insuficiencia renal en la que el 64.6 % tiene un trabajo remunerado.

Tabla 1.

| Variables sociodemográficas de personas diagnosticadas con insuficiencia renal. | | | |
|--|--------------------------|-------------------|----------|
| VARIABLES | | Frecuencia | % |
| SEXO | Mujeres | 43 | 53,7 |
| | Hombres | 38 | 46,3 |
| EDAD | 18-32 | 43 | 53,7 |
| | 33-52 | 16 | 19,5 |
| | 53-72 | 22 | 26,8 |
| ESTADO CIVIL | Con pareja | 46 | 56.1 |
| | Sin pareja | 36 | 43.9 |
| ESCOLARIDAD | Sin instrucción | 6 | 7.3 |
| | Educación básica | 46 | 56.1 |
| | Educación media superior | 27 | 32.9 |
| | Educación profesional | 3 | 3.7 |
| OCUPACIÓN | Trabajo remunerado | 53 | 64.6 |
| | Trabajo no remunerado | 29 | 35.4 |

Fuente: Base de datos de la aplicación del GHQ28.

En la Tabla 2 se observa que en la subescala de Ansiedad, 39 personas son caso probable de presentar ansiedad (47.6%) del total de la muestra; mientras que en la subescala de Depresión, los casos probables a presentar este síntoma es de 24.4%.

Tabla 2.

| Frecuencias y porcentajes de los factores de ansiedad y depresión pacientes con insuficiencia renal. | | | | | | |
|---|------------------|------|---------------|------|-------|--------|
| Factor | Caso no probable | | Caso probable | | M | DE |
| | Frecuenci | % | Frecuenci | % | | |
| | a | | a | | | |
| Ansiedad | 43 | 52.4 | 39 | 47.6 | .4756 | .50248 |
| Depresió | 62 | 75.6 | 20 | 24.4 | .2439 | .43208 |
| n | | | | | | |

Fuente: Base de datos de la aplicación del GHQ28.

En la Tabla 3 se muestran las medias en el factor Ansiedad en función a las variables sociodemográficas; se observa que en los pacientes con una edad que oscila entre los 33 a 52 años son más vulnerables a presentar ansiedad, la mayoría de las personas son mujeres que tienen una escolaridad de un nivel media superior, no tienen una pareja y tampoco cuentan con un trabajo remunerado.

De acuerdo a los resultados las personas diagnosticadas con insuficiencia renal tienen menos de dos años de padecer la enfermedad.

Tabla 3.

| Medias y desviación estándar de ansiedad en pacientes con insuficiencia renal en relación a las variables sociodemográficas | | | |
|--|-----------------------|----------|-----------|
| Variab | | | |
| sociodemográficas | | M | DE |
| Edad | 13-32 | 4.0455 | 2.23039 |
| | 33-52 | 4.5000 | 2.42212 |
| | 53-72 | 4.0000 | 2.69037 |
| Sexo | Mujeres | 4.1818 | 2.26472 |
| | Hombres | 4.0526 | 2.52498 |
| Estado civil | Con pareja | 3.9130 | 2.47500 |
| | Sin pareja | 4.3889 | 2.24598 |
| Escolaridad | Sin instrucción | 4.0000 | 2.82843 |
| | Educación básica | 4.2174 | 2.34675 |
| | Media superior | 4.2222 | 2.32600 |
| | Superior | 2.0000 | 2.64575 |
| Ocupación | Trabajo remunerado | 4.0755 | 2.31923 |
| | Trabajo no remunerado | 4.2069 | 2.51253 |
| Tiempo de padecimiento | Menos de dos años | 4.2927 | 2.42120 |
| | Más de dos años | 3.9512 | 2.34469 |

Fuente: Base de datos de la aplicación del GHQ28.

En la tabla 4 se muestran las medias en la subescala de Depresión en pacientes con insuficiencia renal, en función a las variables sociodemográficas, se encuentra en los pacientes de 33 a 52 años y en relación al sexo los hombres son los que muestran la media más alta.

También se observa la media más alta en depresión en aquellos que no tienen pareja, no cuentan con un trabajo remunerado y su escolaridad es básica, cabe mencionar que tienen menos de dos años con dicha enfermedad.

Tabla 4.

Medias y desviación estándar de depresión en pacientes con insuficiencia renal en relación a las variables sociodemográficas.

| Variabes sociodemográficas | | M | DE |
|-----------------------------------|-----------------------|----------|-----------|
| Edad | 13-32 | 2.7045 | 2.40716 |
| | 33-52 | 3.6250 | 2.57876 |
| | 53-72 | 3.0455 | 2.55375 |
| Sexo | Mujeres | 2.7273 | 2.42433 |
| | Hombres | 3.2632 | 2.53286 |
| Estado civil | Con pareja | 2.7174 | 2.33489 |
| | Sin pareja | 3.3056 | 2.63839 |
| Escolaridad | Sin instrucción | 2.0000 | 2.52982 |
| | Educación básica | 3.4565 | 2.50960 |
| | Media superior | 2.6296 | 2.33943 |
| | Superior | .6667 | 1.15470 |
| Ocupación | Trabajo remunerado | 2.9057 | 2.58147 |
| | Trabajo no remunerado | 3.1034 | 2.30442 |
| | | | |
| Tiempo de padecimiento | Menos de dos años | 3.1220 | 2.51192 |
| | Más de dos años | 2.8293 | 2.45868 |

Fuente: Base de datos de la aplicación del GHQ28

VII. DISCUSIÓN

Las enfermedades crónicas son consideradas como acontecimientos vitales que generan grandes demandas en términos de recursos físicos, psicológicos y sociales (Ledón, 2006).

Sus implicaciones se expresan en los cambios que provocan sobre la estructura y funcionamiento del cuerpo pero en especial sobre el funcionamiento psicosocial. Aspectos como el dolor, el sufrimiento, la desesperanza, sin olvidar la ansiedad y la depresión son los que acompañan los procesos de vida en el transcurso de una enfermedad crónica (Ledón, 2006).

El diagnóstico de una enfermedad crónica puede significarse como un fenómeno altamente estresante, un reto, amenaza, pérdida o castigo (Martín, 2003).

La insuficiencia renal es considerada una enfermedad crónica y se caracteriza por la disminución o pérdida de la función renal, en la cual los riñones no pueden mantener la homeostasis biológica normal (Blakiston, 2002).

Soriano y Tlazola (2006), en su investigación sobre depresión en pacientes con tratamiento de diálisis peritoneal definen la insuficiencia renal como un síndrome caracterizado por la pérdida gradual y progresiva de la filtración glomerular secundaria a una disminución en la cantidad de neuronas, que cursa con una depuración de creatinina mayor a 30 mil/min y manifestaciones clínicas diversas.

La insuficiencia renal y las características del tratamiento alteran de manera notable la calidad de vida del paciente, mediado por el deterioro de las relaciones familiares, maritales, condición laboral y situación económica, ya que el padecimiento es un estado irreversible en el que los riñones no son capaces de llevar a cabo sus funciones de depuración y regulación hidroeléctrica, acumulando en la sangre sustancias derivadas del metabolismo (Harrison, 2004).

Los resultados obtenidos en este estudio se asocian con los objetivos generales planteados. En relación con ansiedad y depresión se encontró que el

primer factor tiene la media más alta (47.6 %) en comparación con el segundo factor (24.4 %), estos resultados tienen semejanza con el estudio de Hernández, Orellana, Kimelman, Núñez e Ibáñez (2005), en el que concluyen un mayor cuadro de ansiedad en su estudio sobre Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna. Se considera a la ansiedad como el síntoma más frecuente en los pacientes clínicos (Flaherty et al., 1991; citados en Atencio et al., 2004).

Se considera que la frecuencia de ansiedad, depresión e incluso los trastornos de la personalidad en pacientes sometidos a diálisis crónica es significativamente más alta que en sujetos sanos (Livesley, 1982; citado en Atencio et al., 2004).

En el presente estudio la media más alta se encuentra en las mujeres en el factor de ansiedad y en los hombres la media más alta en el factor depresión, en contraste a los resultados que se encontraron en el estudio realizado por Gómez, Naranjo y Olarte (2011), los resultados refieren que los niveles significativos de ansiedad son del 66% y depresión significativa en el 28%.

En otro estudio Alarcón (2004), considera que la probabilidad de que se presenten niveles de ansiedad es del 41% mientras que en los niveles de depresión es del 25% en pacientes con insuficiencia renal.

Calvanese (1991), realizó un estudio de pacientes con insuficiencia renal, en el que determinó que los problemas conductuales que presentan estos pacientes son con mayor frecuencia depresión, ansiedad y dependencia, esto debido a la inminente sensación de muerte.

Los síntomas de ansiedad son consecuencias del deterioro paulatino de su salud al presentar signos leves o agudos de importancia física y psicológica. Por otro lado la depresión grave se ve traducida por la pérdida de la autoestima cuando el paciente se ve así mismo de la manera como él piensa que los demás lo ven, es decir siente que la gente a su alrededor lo considera inútil y se siente como tal (De los Ríos et al., 2004).

A partir de lo hallado en el presente estudio en el factor depresión se encuentran resultados opuestos en el estudio de Páez et al. (2009), que concluyen que el 56,7% de la muestra manifestó algún grado de depresión y el 56.6% algún grado de ansiedad, lo que indica que los resultados de padecer ambos factores son casi similares y comprende más de la mitad de la población estudiada.

Alarcón (2004), refiere que la depresión puede variar en un paciente a lo largo del tiempo, es decir, que se considera normal que los niveles de depresión sean altos en un principio, pero un buen ajuste a la enfermedad y el tratamiento conllevan a la disminución de los estados depresivos. Esto debido a que el diagnóstico de una enfermedad crónica genera en principio un impacto psicológico que provoca en las personas con insuficiencia renal diversas limitaciones en su vida personal, laboral, familiar y social, así como experimentar pensamientos y sensaciones ante el tratamiento en relación al futuro.

Los resultados de Alarcón (2004), coinciden con lo encontrado en la presente investigación ya que la media más alta en el factor depresión y el tiempo de padecimiento se encuentra en el rango de 2 a 29 meses, entonces en la etapa inicial es crucial la reacción psicológica que abarca manifestaciones de ansiedad, frustración, ira y depresión.

Alarcón (2004), concluyó que después de mucho tiempo el paciente asimila su enfermedad y que después de estudiar los factores ansiedad y depresión después de dos años de ser diagnosticados con insuficiencia renal ya no se presentan porcentajes altos.

En otros estudios como el de Vázquez (2009), sobre Retroalimentación biológica y relajación en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis concluye que en la ansiedad se observa reducción en el puntaje de los sujetos al final del tratamiento debido a una reafirmación de la relación existente entre las afectaciones en el estado emocional y la evolución de la enfermedad. El autor refiere que desde los inicios del proceso patológico de la enfermedad renal, el paciente percibe que su funcionamiento físico ha comenzado a alterarse e inmediatamente debe iniciar una modificación, de sus hábitos de vida

para evitar peores afectaciones en su salud física y emocional en el transcurso del tratamiento.

Entre los aportes fundamentales de la presente investigación, en enfermedades crónico degenerativas como la insuficiencia renal es un hecho que se presenta ansiedad y depresión, lo que hace que esta se constituya en una variable potencialmente modificable, con importantes implicaciones, sobre el bienestar del paciente y su adhesión al tratamiento y se debe modificar de forma substancial el estilo y hábitos de vida de manera permanente. Magaz (2003), determinó que a medida que pasa el tiempo se van acumulando experiencias relacionadas con la enfermedad y por lo tanto se adquieren habilidades que favorecen la adaptación al estado de salud y los tratamientos.

Así mismo Velasco y Gómez (2001), refieren que al inicio de una enfermedad implica cambios en el funcionamiento psicológico del paciente, su humor, su autoimagen, sus emociones y su capacidad, aunque lo más importante es que después de varios años de tratamiento llega a aceptarse la enfermedad, pero esto no supone resignación, es decir, el paciente se habitúa a vivir con la insuficiencia renal llegando a considerar su tratamiento como parte de su vida.

El comportamiento del paciente con una enfermedad crónica, a nivel cognitivo, emocional, conductual y social contribuye para un mejor afrontamiento, permitiendo una readaptación más rápida, con la finalidad a una nueva faceta de vida igualmente satisfactoria, con la máxima calidad de vida que el curso de la enfermedad lo permita (Velasco y Gómez, 2001).

En relación al factor depresión los pacientes sin actividad laboral manifestaron mayor depresión respecto a los que tenían actividad laboral; estos resultados son similares en la investigación realizada por Páez et al., 2009, que confirma el efecto de la actividad laboral sobre la depresión; en el estudio se concluye que el 60% de los participantes hemodializados no desempeñaba ningún tipo de actividad laboral; de la muestra total el 56.7% padecía de depresión.

La anterior descripción admite que los pacientes con nefropatía (enfermedad renal) crónica con hemodiálisis que no desempeñan ningún tipo de actividad laboral, presentan mayor grado de depresión en comparación con el grupo de participantes con actividad laboral. Atencio et al., 2004, refieren que a partir de estos datos se considera que en este tipo de pacientes, la falta de trabajo predispone a un estado de ánimo depresivo y Moreno et al., 2004, al valorar las variables sociodemográficas observaron que la situación laboral ha resultado como factor significativo de ansiedad y depresión.

Son et al., 2009; citados en Millán 2009 en la que estudiaron una población coreana de 146 pacientes con enfermedad renal terminal que recibían hemodiálisis, los investigadores concluyeron que existe depresión leve en todos los pacientes y depresión mayor en el 25% de los usuarios, en referencia a la situación laboral quienes recibían además un menor ingreso mensual, más frecuentemente eran desempleados y esta condición afecta emocionalmente al paciente, debido a los gastos que implica la enfermedad.

La mayoría de los resultados indican la existencia de un menor número de personas deprimidas entre las activas laboralmente y esto se podría explicar porque los pacientes activos son los que tienen mejores condiciones físicas (García, Hernández y Rodríguez, 1986).

Alarcón (2004), considera que además de la actividad laboral lo que influye en la presencia de depresión son las diferentes modalidades de tratamiento, se ha observado que los niveles en pacientes sometidos a hemodiálisis (HD) domiciliaria pueden ser bajos, quizá porque las ventajas de este tipo de tratamiento superan las desventajas.

Los pacientes reportan gran variedad de actividades mientras están en la máquina de diálisis, incluso visitas de sus familiares y amigos, lo cual incrementa su red de soporte. Cosa parecida ocurre con los pacientes de diálisis peritoneal continua ambulatoria, quienes también presentan menor depresión.

VIII. CONCLUSIONES

Una vez realizado el marco teórico y el método, se ha concluido con la investigación y se hará referencia a las conclusiones que se obtuvieron en este estudio.

- ✚ El mayor porcentaje de pacientes con insuficiencia renal, tiene como servicio médico el instituto Mexicano del Seguro Social (IMMS).
- ✚ De manera general el mayor porcentaje de personas diagnosticadas con insuficiencia renal son mujeres.
- ✚ La probabilidad de presentar ansiedad en las personas con padecimiento de insuficiencia renal es mayor en comparación con el factor depresión.
- ✚ Las media más alta en el factor ansiedad esta en personas que no tienen pareja, con nivel educativo básico y no cuentan con trabajo remunerado.
- ✚ Las media más alta en el factor depresión esta en personas que no tienen pareja, con nivel educativo básico y no cuentan con trabajo remunerado.
- ✚ En relación al sexo la media más alta en el factor ansiedad son las mujeres, caso contrario al factor depresión ya que la media más alta son los hombres.
- ✚ Las personas diagnosticadas con insuficiencia renal en su mayoría tienen menos de dos años con dicho padecimiento.

IX. SUGERENCIAS

La insuficiencia renal obliga a una modificación del estilo de vida de la persona que la padece, debido a que experimentan cambios en su estado emocional, relacionados con los efectos de la enfermedad, especialmente con las condiciones físicas y la modalidad de tratamiento.

La vida de los pacientes con insuficiencia renal está sometida a diferentes situaciones estresantes y amenazantes, esto hace que un porcentaje de pacientes presente trastornos ansiosos y depresivos como respuesta a estas situaciones que pueden pasar desapercibidos por el personal de salud que atiende.

Debido a esto se realizan una serie de sugerencias que surgen a partir de los resultados de la investigación.

- ❏ Se deben implementar estrategias enfocadas por la atención oportuna de los pacientes en riesgo de falla renal con el objetivo no sólo de disminuir la velocidad de progresión de la enfermedad, sino también de optimizar la calidad de vida.
- ❏ A los pacientes se les debe informar una vez diagnosticados con insuficiencia renal lo que implica la enfermedad con la finalidad de que conozca la forma de vida que tendrán durante el transcurso de la enfermedad.
- ❏ Se sugiere que las instituciones además de ofrecer tratamiento médico también realicen una evaluación psicológica, para precisar el diagnóstico (físico y psicológico) debido a la sintomatología que acompaña habitualmente a las enfermedades crónicas, con la finalidad de ofrecer un mejor servicio.
- ❏ Realizar grupos de apoyo para poder afrontar y aceptar mejor la situación del enfermo renal y de esta manera evitar altos índices de ansiedad o depresión.

- ✚ Se deben realizar más investigaciones sobre la insuficiencia renal y crear apoyo psicológico al paciente, además de su tratamiento médico, es decir que exista un trabajo multidisciplinario.

- ✚ Evaluar y asesorar psicológicamente a todos los pacientes renales en relación a su salud mental para mejorar su calidad de vida.

- ✚ Realizar platicas dirigidas a familiares, ya que son los que acompañan y afrontan la enfermedad con los pacientes, por lo tanto también requieren de información del padecimiento y de lo que está viviendo y afrontando el paciente.

- ✚ La terapia psicológica debe ser constante para mejorar la situación psicológica del paciente y de esta manera mejorar el progreso de la enfermedad física.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, P., Chaparro, L. y Rey, C. (2008). *Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal*. Revista Colombiana de Psicología, 17(1), 9-26. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80411803001>
- Alarcón, A. (2004). *La depresión en el paciente renal*. Revista Colombiana de Psiquiatría, 33(3), 298-320. Recuperado de <http://realyc.uaemex.mx/src/inicioArtPdfRed.jsp?iCve=80633304>
- Alarcón, J.C, Lopera, J.M., Montejo, J.D. y Henao, C. (2006). *Perfil epidemiológico de pacientes en diálisis, CTRB y RTS sucursal Medellín 2000-2004*. Acta medica Colombiana, 31(1), 4-12. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=163114147003>
- Andreu, L., y Force, E. (2001). *500 Cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal*. Barcelona: Masson.
- Amigo, V., Fernández, R. y Pérez, A. (1998). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Amigo, V., Fernández, R. y Pérez, A. (2009). *Manual de psicología de la salud*. España: Pirámide.
- Arredondo, A., Rangel, R., e Icaza, E. (2008). *Costo-efectividad de intervenciones para insuficiencia renal crónica terminal*. Revista de Saúde Pública, 32(6), 556-65. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v32n6/2433.pdf>
- Atencio, B. J., Nucette, E., Colina, J., Sumalave, S., Gómez, F. e Hiestroza, D. (2004). *Evaluación de la depresión y ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis*. Archivos Venezolanos de Psiquiatría y

Neurología, 50(103), 35-41. Recuperado de
<http://www.svp.org.ve/images/articulo5n103.pdf>

- Barrero, A. (2003). *Estrés y ansiedad: superación interactiva*. España: Hobby.
- Belar, C. D. y Deardorff, W. W. (1995). *Clinical Health Psychology in Medical Settings*. Washington: American Psychological Association.
- Blakiston, D. (2002). *Diccionario breve de medicina*. México: Prensa Médica Mexicana.
- Burns, D. (2006). *Adiós ansiedad*. México: Paidós.
- Burillo, S. (2014). *Ansiedad ¡Que alguien me ayude!*. España: Punto Rojo
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid: Paraninfo
- Caballo, V. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. España: Siglo XX editores.
- Calderón, G. (2001). *Depresión*. México: Trillas.
- Calvanese, N. (1991). *Estilos de afrontamiento y adaptación para el tratamiento en pacientes renales hemodializados*. Tesis de grado. Caracas: Universidad Simón Bolívar.
- Chávez, B. y Polo, M. A. (2009). *Los duelos en la familia*. México: MC.
- Cotillo, P.M. (2004). *Atención farmacéutica. Bases farmacológicas*. Lima-Perú: Fondo Editorial.
- De la Garza, F. (2004). *Depresión, angustia y bipolaridad*. México: Trillas.

- Echeburúa, E. (1998). *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Pirámide.
- Farreras, P. (2000). *Medicina Interna*. España: Harcourt.
- Ferrer, V. (1995). *Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados*. *Revista de Psicología de la Salud*, 7(1), 35-61. Recuperado de <https://scholar.google.com/citations?user=ui15t-wAAAAJ&hl=es>
- Ferri, F. (2003) *Consultor Clínico, diagnóstico y tratamiento*. España: Harcourt
- García, H. y Calvanese, N. (2008). *Calidad de vida percibida, depresión y ansiedad en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal*. *Psicología y Salud*, 18(1), 5-15. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/291/29118101.pdf>
- Gil, J. (2004). *Psicología de la salud Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- Goleman, D. (1998). *La inteligencia emocional*. Buenos Aires: Javier Vergara Editor.
- Gómez, J., Naranjo, L. y Olarte, E. (2011). *Identificación de los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en una unidad de hemodiálisis de la ciudad de Armenia- Quindío*. *Revista Poiésis*, 21. Recuperado de <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/viewFile/67/39>
- González, R. (2009) *Una entidad polimorfa y multifactorial: depresión en pacientes que reciben diálisis*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(3), 522-533. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/806/80615422010.pdf>
- Granet, R. y Levinson, R. (2000). *Si crees que tienes depresión*. España: Robín Book.

- Harrison, R. (2004). *Principios de medicina interna*. México: Interamericana.
- Hernández, R., Fernández C. y Baptista P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.
- Hernández, G., Orellana, G., Kimelman, M., Núñez, C., e Ibáñez, C. (2005). *Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en medicina interna*. Revista médica de Chile, 133(8), 895-902. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1771/177116709005.pdf>
- Instituto Nacional de la Salud Mental. (2009). *Trastornos de ansiedad*. Estados Unidos: NIMH
- Jervis, G. (2005). *La depresión dos enfoques complementarios*. España: Editorial fundamentos.
- Kimmel, P. (2001). *Psychosocial factors in Dialysis patients*. Kidney International; 59: 1599-1613.
- Latorre, J. y Beneit, P. (1994). *Psicología de la salud. Aportaciones para los profesionales de la salud*. Argentina: Lumen.
- Lammoglia, E. (2001). *Las máscaras de la depresión*. México: Grijalbo.
- Ledón, L. (2006). *Articulación entre las categorías cuerpo, género y enfermedad crónica desde diferentes experiencias de salud*. Revista Cubana de Salud Pública, 37(3), 324-337. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086434662011000300013&script=sci_arttext
- Long, B. (1997). *Enfermería medico quirúrgica 2*. España: Harcourt.
- López, M. I. (2007). *Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad*. Madrid: Antología de medicina interna.

- Luengo, D. (2005). *La ansiedad al descubierto*. Barcelona: Paidós.
- Llarch, F. y Valderrábano, F. (1990). *Insuficiencia renal Crónica. Diálisis y trasplante renal*. Madrid: Norma.
- Magaz, A., (2003). *Efectos psicológicos de la insuficiencia renal crónica: diferencias en función de los tratamientos médicos*. Tesis Doctoral. Universidad de Deusto, España.
- Martín, L. (2003). *Aplicaciones de la psicología en el proceso de salud enfermedad*. Revista Cubana de Salud Pública, 28(3), 275-281. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/214/21429307.pdf>
- Martínez, M. (1999). *La psicología humanista un nuevo paradigma psicológico*. México: Trillas.
- Mark, H. (2000) *El manual de Merck*. España: Harcourt.
- Millán, R. (2009). *Una entidad polimorfa y multifactorial: depresión en pacientes que reciben diálisis*. Revista Colombiana de Psiquiatría, 38(3), 522-533
Recuperado de <http://www.redalyc.org/redalyc/pdf/806/80615422010.pdf>
- Moreno, E., Arenas, M. D., Porta, E., Escalant, L., Canto, M. J., Castell, G., Serrano, F., Samper, F., Millán, D. y Cases, J.M. (2004). *Estudio de la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes en hemodiálisis*. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica, 4(7) ,17-25. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/nefro/v7n4/art03.pdf>
- Novartis. (2006). Tríptico Aprendiendo a dar vida. Información de trasplantes para pacientes y donadores. Toluca, México. Novartis.
- Oblitas, L. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Cengage Learning.

- Páez, A. Jofré, M. Azpiroz, C y De Bortoli, M. (2009). *Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis*. Universitas Psychologica, 8(1), 117-124. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=64712168010>
- Pérez, J., Llamas, F. y Legido, A., (2005) *Insuficiencia renal crónica: revisión y tratamiento conservador*. Archivos de Medicina, 1(003), 1-10. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=50310304>
- Pierón, H. (1993). *Vocabulario Akal de Psicología*. Madrid-España: Akal.
- Riquelme, A. (1997). *Depresión en residencias geriátricas, un estudio empírico*. España: Publicaciones Murcia.
- Rodríguez, E., Campillo, M. y Avilés, M. (2006). *Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica y su familia*. Revista electrónica: procesos psicológicos y sociales, 2(1 y 2), 1-22 Recuperado de <http://www.uv.mx/facpsi/revista/documents/hacer.pdf>
- Rojas, E. (2004). *La ansiedad*. España: Booket.
- Romero, J. (2005). *Diccionario de Psicología*. México: Ediciones Paulina.
- Romero, M. y Medina-Mora, M. (1987). *Validez de una versión del Cuestionario General de Salud, para detectar psicopatología en estudiantes universitarios*. Salud Mental, 10 (3), 90-97.
- Santillán, C. (2010). *Diseño, implementación y evaluación de un programa de Intervención Educativa para pacientes con insuficiencia renal Crónica*. Revista Latinoamericana de Medicina Conductual, 1(1), 37-46. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2830/283021975005.pdf>
- Sarason, I. y Sarason, B. (2006). *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. México: Pearson Educación.

Simon, M. (1999). *Tratado de psicología de la salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Soriano, A. y Tlazola, V. (2006). *Depresión en los pacientes del hospital General Regional No. 220 "José Vicente Villada" del IMSS, con tratamiento de Diálisis Peritoneal*. Toluca, México. Tesis de Licenciatura. UAEM.

Taylor, S. (2007). *Psicología de la salud*. México: Mc Graw Hill.

Terney, L., Phee, S. y Papadakis, M. (2004). *Diagnóstico clínico y tratamiento*. México: Manual Moderno.

;

Trickett, S. (2009). *Supera la ansiedad y la depresión*. España: Hispano Europea.

Treviño, A. (2009). *Tratamientos sustitutivos en enfermedad renal: diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante renal*. *Cirugía y cirujanos*, 77(5), 411-415. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=6621174_5013

Velasco, M., y Gómez, L. (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia: sistema, historia y creencia*. México: Manual Moderno.

Vinnacia, S., Fernández, H., Amador, O., Tamayo, R., Vázquez, A., Contreras, F., Tobon. S. y Sandin, B. (2005). *Calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de síndrome de colon irritable*. *Sociedad Chilena de Psicología Clínica*, 23(2), 65-74. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78_523207

Vanaclocha, B., y Cañigüeral, S. (2006). *Fitoterapia*. Barcelona: Masson.

Zon, M. (2009). *¿Qué es la depresión?: guía para pacientes y familiares*. Buenos Aires: Lumen.