



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO  
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA**



---

---

**“ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y RESILIENCIA EN PERSONAS CON IRC”**

# **TESIS**

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

**PRESENTA**

**ROCHA ROMERO LUZ ADRIANA**

**NO. DE CUENTA**

**1222644**

**ASESOR**

**DRA. NORMA IVONNE GONZÁLEZ ARRATIA LÓPEZ FUENTES**

**TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, SEPTIEMBRE DE 2017**

## DEDICATORIA

***A mi mamá Yola.***

*Por nunca dejarme sola,  
por tus consejos y escucha,  
por animarme siempre que creía que ya no podía más.  
Este trabajo también es tuyo.  
¡Te amo mami!*

## AGRADECIMIENTOS

*Dra. Norma Ivonne, gracias por asesorarme en este trabajo, por animarme durante todo este proceso y más cuando le hice saber todos mis temores sobre esta tesis. De corazón ¡Muchas gracias!*

*Dra. Alejandra, gracias por su apoyo durante los últimos semestres para el inicio de lo que ahora está culminado, mi tesis.*

*Dra. Martha, gracias por ser parte de este trabajo y ayudarme a concluirlo.*

*Mami, gracias por tu apoyo incondicional que me has brindado todos estos años, gracias a ti hoy puedo concluir mis estudios y sin duda soy lo que soy gracias a ti. Gracias por todas esas palabras de apoyo que siempre tienes para mí y por siempre hacerte de un tiempo para mí a pesar de tus ocupaciones. ¡Eres mi gran orgullo!*

*Tía Chepa, gracias por apoyarme en cada etapa de mi vida, parece que es poco en lo que me apoyas pero en realidad es bastante, gracias por nunca negarte y darte un tiempo para ayudarme con lo mío.*

*Abuelita, gracias por estar conmigo desde pequeña y por preocuparte en todo aspecto por mí.*

*Edu, gracias por estar en este momento tan importante de mi vida, por escucharme, apoyarme, y confiar en mí durante todo este tiempo. ¡Gracias por tanto, te amo!*

*A todas esas personas que desafortunadamente padecen de IRC que me apoyaron contestando un cuestionario y que gracias a ellos este trabajo ha sido posible. ¡Mis mejores deseos para todos ustedes!*



**VOTO APROBATORIO**

Toda vez que el trabajo de evaluación profesional, ha cumplido con los requisitos normativos y metodológicos, para continuar con los trámites correspondientes que sustentan la evaluación profesional, de acuerdo con los siguientes datos:

Nombre del pasante	LUZ ADRIANA ROCHA ROMERO				
Licenciatura	PSICOLOGÍA	N° de cuenta	1222644	Generación	2012-2017
Opción	TESIS	Escuela de Procedencia	FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA		
Nombre del Trabajo para Evaluación Profesional	"ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y RESILIENCIA EN PERSONAS CON IRC"				

NOMBRE		FIRMA DE VOTO APROBATORIO	FECHA
ASESOR	DRA. NORMA IVONNE GONZÁLEZ ARRATIA LÓPEZ FUENTES		03/07/2017
COASESOR ASESOR EXTERNO (Sólo si aplica)			

NOMBRE		FIRMA Y FECHA DE RECEPCIÓN DE NOMBRAMIENTO	FIRMA Y FECHA DE ENTREGA DE OBSERVACIONES	FIRMA Y FECHA DEL VOTO APROBATORIO
REVISOR	DRA. ALEJANDRA MOYSÉN CHIMAL			
REVISOR	DRA. MARTHA ADELINA TORRES MUÑOZ			

Derivado de lo anterior, se le **AUTORIZA LA REPRODUCCIÓN DEL TRABAJO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL** de acuerdo con las especificaciones del anexo 8.7 "Requisitos para la presentación del examen de evaluación profesional".

NOMBRE		FIRMA	FECHA
ÁREA DE EVALUACIÓN PROFESIONAL	M. EN PSIC. NORMA SUSANA ROSALES CANIZO		11/sep/2017





### CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

El que suscribe **Luz Adriana Rocha Romero** Autor(es) del trabajo escrito de evaluación profesional en la opción de **Tesis individual** con el título **Ansiedad, Depresión y Resiliencia en personas con IRC**, por medio de la presente 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** 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 la presente en la ciudad de **Toluca, Estado de México**, a los **17** días del mes de **Octubre** de **2017**.

**Luz Adriana Rocha Romero**  
Nombre y firma de conformidad

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	8
<b>PRESENTACIÓN</b> .....	10
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	11
<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	13
<b>CAPÍTULO I: PSICOLOGÍA DE LA SALUD</b> .....	13
1.1 Definición.....	13
1.2 Antecedentes.....	15
<b>CAPÍTULO II: ANSIEDAD</b> .....	18
2.1 Definición.....	18
2.2 Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado .....	19
2.3 Causas que generan Ansiedad .....	21
2.4 Ansiedad en personas con IRC .....	22
<b>CAPÍTULO III: DEPRESIÓN</b> .....	23
3.1 Definición.....	23
3.2 Sintomatología .....	24
3.3 Causas que generan Depresión.....	27
3.4 Clasificación de la Depresión .....	28
3.5 Depresión en personas con IRC .....	30
<b>CAPÍTULO IV: RESILIENCIA</b> .....	32
4.1 Definición.....	32
4.2 Perfil del individuo Resiliente .....	34
4.3 Resiliencia en personas con IRC .....	41
<b>CAPÍTULO V: INSUFICIENCIA RENAL</b> .....	43
5.1 Definición.....	43

5.2 Tipos.....	45
5.3 Signos y Síntomas .....	46
5.4 Tratamiento .....	48
<b>MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>53</b>
Planteamiento del Problema .....	53
Objetivos Generales.....	54
Objetivos específicos .....	54
Tipo de Estudio .....	55
Variables .....	55
Participantes.....	58
Instrumentos.....	58
Hipótesis .....	63
Diseño de Investigación .....	64
Captura de Información .....	66
Procesamiento de Información .....	66
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>67</b>
<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>76</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>81</b>
<b>SUGERENCIAS .....</b>	<b>84</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>85</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>91</b>

## RESUMEN

La Psicología de la Salud es la encargada de la prevención y tratamiento de diversas enfermedades tanto agudas como crónicas, asimismo, se encarga de promover ciertas conductas que mejoran la salud de las personas.

En esta investigación se retoma a la Psicología de la Salud como soporte teórico, ya que en la misma se investiga una enfermedad crónica, siendo la Insuficiencia Renal Crónica (IRC).

Los objetivos de la presente investigación fueron determinar la relación y comparar la ansiedad, depresión y resiliencia en hombres y mujeres con Insuficiencia Renal Crónica que asisten a un hospital público. Para realizar la comparación se trabajó con una muestra no probabilística intencional, compuesta por 80 personas de las cuales 50 fueron hombres y 30 mujeres, del mismo modo, la edad de los participantes oscilaba entre los 18 y los 69 años de edad cumplidos hasta el día de la aplicación de los instrumentos; asimismo, manifestaron tener desde 2 meses hasta 228 meses con el diagnóstico de IRC.

Se aplicaron tres instrumentos: el primero, IDARE, se utilizó para medir tanto ansiedad estado como ansiedad rasgo, el segundo de ellos fue el BDI-II con el fin de evaluar depresión, y por último se aplicó el Cuestionario de Resiliencia para evaluar su nivel en estas personas.

Los resultados obtenidos indican que existe relación entre cada una de las variables medidas, las cuales son: ansiedad estado, ansiedad rasgo, depresión y los tres factores de resiliencia; factor interno, factor externo y factor empatía.

De igual manera, se encontró que en hombres y mujeres no existe una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a ansiedad, depresión y resiliencia, sin embargo, en lo que respecta al análisis realizado por edad, se obtuvo una diferencia



estadísticamente significativa en ansiedad rasgo, el factor interno y empatía, haciendo esta diferencia las personas que se encuentran entre los 50 y 69 años de edad.

Finalmente al analizar las variables antes mencionadas en cuanto al tiempo de diagnóstico, solamente se halló que existe diferencia estadísticamente significativa en los tres factores de resiliencia: factor externo, factor interno y empatía, quienes presentan los niveles más altos son las personas que llevan con el diagnóstico de 60 a 120 meses.

## PRESENTACIÓN

Las personas al ser diagnosticadas con una enfermedad la cual no tendrá cura sino solamente un control, pueden llegar a presentar signos de ansiedad y depresión, sin embargo tienen resiliencia, lo que les permite adaptarse a la situación y así enfrentarse a esta; todo esto se presenta de manera diferente en cada persona.

La idea de realizar este trabajo surgió a partir de observar y reflexionar todos los cambios a los cuales se enfrentan las personas diagnosticadas con una enfermedad crónica, en este caso con Insuficiencia Renal Crónica, pues para controlar dicha enfermedad es necesario que se sometan a distintos tratamientos como Diálisis, Hemodiálisis o Trasplante renal, dejando de lado todas las actividades que una persona “sana” puede realizar, y asimismo su familia se ve involucrada.

Se presentan los referentes teóricos que dan soporte a esta investigación, así como la metodología usada para recolectar y analizar la información, se muestran los resultados junto con su análisis y finalmente se presenta la discusión, conclusiones y sugerencias.

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo pretende investigar la ansiedad, depresión y resiliencia desde la perspectiva de la Psicología de la Salud, ya que esta última se enfoca en concebir como las influencias psicológicas permiten que las personas se encuentren saludables, el por qué se enferman y como es que responden ante una enfermedad. Asimismo, se centra en la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención, el tratamiento de las enfermedades, la etiología, los correlatos con salud, enfermedad y disfuncionalidad (Taylor, 2007).

En este caso se trabajó con personas que se enfrentan a una enfermedad crónica, la cual se define como aquella que es de larga duración y por lo general de progresión lenta. En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad (Organización Mundial de la Salud [OMS], recuperado el 23 de septiembre de 2016).

La persona al ser diagnosticada con una enfermedad crónica experimenta cambios en toda su vida, por ejemplo, el dejar de hacer algunas actividades que le gustan, adaptarse a las nuevas limitaciones que la enfermedad le provoca, problemas económicos, entre otros. Asimismo, la persona puede experimentar estrés y esto a su vez generar ciertos niveles de ansiedad y depresión en ellos, es entonces cuando entra en juego la resiliencia.

Para la Real Academia Española (RAE) la resiliencia se define como "capacidad de adaptación de un ser vivo frente a un agente perturbador o un estado o situación adversos" la cual se encuentra muy asociada con lo que es la Psicología de la Salud.

Dicha investigación se enfocó en la Insuficiencia Renal, la cual es una enfermedad crónica, según Mason (1976) se define como la "incapacidad de los riñones para realizar su función normal de excretar los productos de desecho; siendo la Insuficiencia Renal

Crónica una lesión permanente en los riñones y provocando que las nefronas lesionadas no vuelvan a recuperar el funcionamiento renal normal”.

Al existir tal afección en los riñones, las personas se ven sometidas a ciertos cambios en su vida, desde los mencionados anteriormente hasta el sometimiento de un tratamiento que involucra gran parte de su vida y de su tiempo involucrando a familiares quienes también tienen que hacer cambios en sus vidas para apoyar en todo momento a su familiar enfermo.

Este cambio de vida que genera dicha enfermedad puede provocar ciertos niveles de ansiedad y depresión siendo diferentes en cada persona, así como la resiliencia, pues la edad, el sexo y el tiempo de diagnóstico pueden ser factores importantes para determinar dichos niveles.

Los objetivos de este trabajo de investigación son determinar la relación entre ansiedad, depresión y resiliencia en hombres y mujeres con IRC que asisten a un hospital público, y comparar si existe diferencia significativa dependiendo de la edad, el sexo y el tiempo de diagnóstico en estas personas.

## MARCO TEÓRICO

### CAPÍTULO I: PSICOLOGÍA DE LA SALUD

#### 1.1 Definición

Para poder comprender lo que es la Psicología de la Salud primeramente se tiene que definir lo que es Psicología y posteriormente el concepto de Salud.

Psicología es el estudio de la psique (Galimberti, 2006), y Salud se define como "estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (OMS, 1948).

La Psicología de la Salud se define como la encargada de comprender las influencias psicológicas en la salud de las personas, entendiendo el por qué se enferman y como responden ante dicha enfermedad, pero no sólo esto, sino que también promueve intervenciones para el bienestar de las personas, así como intervenciones para reponerse de una enfermedad por la cual hayan atravesado (Taylor, 2007).

Oblitas (2008) define a la Psicología de la Salud como "la disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta a la evaluación, el diagnóstico, la prevención, la explicación, el tratamiento y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar" (p. 10).

Por su parte Matarazzo (citado por Taylor, 2007) Psicología de la Salud "es la encargada de la prevención y el tratamiento de enfermedades, la identificación de las causas y sus correlaciones con la salud, enfermedad y la disfuncionalidad relacionada a éstas; el mejoramiento de los sistemas de salud y la formulación de políticas al respecto".

De tal forma que la Psicología de la Salud comprender cualquier tipo de enfermedad así como las intervenciones para la prevención de enfermedades; al mencionar que se encarga de cualquier tipo de enfermedad cabe resaltar que se centra en enfermedades crónico degenerativas y adicciones.

"Cuando las personas hacen referencia a lo que es la enfermedad sólo piensan en aspectos físicos, sin embargo, se deben considerar aspectos sociales, económicos, culturales y espirituales" (Oblitas, 2008 p. 11).

Puede entenderse que esta Psicología está encargada de todo el aspecto biopsicosocial que conlleva a la persona a presentar una enfermedad, es aquí donde comienza el aspecto de entender el por qué se enferma la persona.

Al tratar con una enfermedad se creó un modelo médico, el cual "debe tener en cuenta el paciente, el contexto social en el que vive, y el sistema complementario utilizado por la sociedad para tratar con los efectos perjudiciales de la enfermedad, esto es, el papel del médico y el sistema de cuidados de la salud", (Oblitas, 2008). Dentro de este modelo podría entrar lo que es la Psicología de la Salud para sensibilizar tanto a los médicos, psicólogos y a los familiares de la persona enferma y así poder llevar a cabo el tratamiento lo más adecuado posible.

Oblitas (2016) menciona que la Psicología de la Salud se centra en intervenciones a nivel individual, de profesionales de la salud y de la organización sanitaria. Asimismo, existen diferentes tipos de intervenciones, las cuales están dirigidas a:

1. Modificar actitudes, a través de la promoción y mejorando la salud.
2. Modificar procesos fisiológicos, con la prevención y el tratamiento de la enfermedad.
3. Implementar campañas de educación dirigiéndolas a la comunidad
4. Mejorar el sistema sanitario a través de crear adecuadas políticas sanitarias

Finalmente, la Psicología de la Salud “se orienta a mejorar la calidad de vida de las personas, a través de programas preventivos que favorezcan el autocontrol y la autorregulación física y psicológica así como a planificar acciones que intentan modificar la probabilidad de ocurrencia de procesos mórbidos” (Oblitas, 2016 p. 15)

## 1.2 Antecedentes

La relación existente entre mente y cuerpo ha sido considerada desde tiempos antiguos, asimismo ante una enfermedad se creía que espíritus malignos entraban al cuerpo y para que salieran debían de ser exorcizados. Posteriormente, los griegos desarrollaron la teoría humoral que fue propuesta por Hipócrates donde las enfermedades eran causadas por cuatro fluidos: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema; los cuales se encontraban en desequilibrio. A partir de esta teoría se adjudicaban las enfermedades a factores corporales, los cuales podían tener un impacto sobre la mente (Taylor, 2007).

En cambio, durante la Edad Media la creencia cambió, pues en este tiempo se creía que la enfermedad se atribuía a la ira de Dios o a un demonio, igualmente, si se trataba de un demonio, se concebía en sacarlo del cuerpo pero a través de torturas en el mismo cuerpo. Posteriormente, en el Renacimiento y continuando hasta la actualidad, el concepto de enfermedad se abrió un poco más a la ciencia, pues sucedió la creación del microscopio así como el inicio de las autopsias, con los cuales se desechó la teoría de los humores (Díaz, 2010).

Posteriormente aparecieron dos modelos, el modelo biomédico y el modelo biopsicosocial.

El modelo biomédico tuvo su fundamento doctrinal en lo que planteo Descartes, él mencionaba dos supuestos básicos, la doctrina del dualismo mente-cuerpo como el primero, en el cual lo físico y lo espiritual son realidades separadas, mientras que el cuerpo pertenece a la realidad física y la mente a la realidad espiritual. El segundo

supuesto es el del reduccionismo, donde el proceso de la enfermedad se limita a una cuestión de reacciones físicas y químicas (Vázquez; Rodríguez; Álvarez, 2010).

Respecto al modelo biopsicosocial Reig (citado por Vázquez et al., 2010 p.24) sostiene que es "el conjunto de los factores biológicos, psicológicos y sociales el determinante de la salud y de la enfermedad". Este modelo menciona que la salud se obtiene cuando la persona cubre todas sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales; asimismo, dentro de este modelo se mencionan tres implicaciones, la primera es que el proceso diagnóstico debe considerar siempre a lo biopsicosocial al momento de evaluar la salud o enfermedad de una persona; en segundo lugar, las recomendaciones que se mencionen para el tratamiento deben tener en cuenta de igual forma lo biopsicosocial; y en último lugar, es de gran importancia la relación que se establece entre el paciente y el clínico, ya que si existe una buena relación entre los dos puede mejorar la adhesión del paciente al tratamiento, la efectividad del mismo y acortar el tiempo de recuperación de la enfermedad (Vázquez et al., 2010). En el último punto del modelo biopsicosocial menciona algo que se considera importante, y es la relación que se mantiene con el otro, pues si esta relación es buena el paciente va a poder mejorar, ya que su estado emocional se encuentra en condiciones favorables y la persona al mismo tiempo siente el apoyo de su médico, lo cual le permite estar bien consigo mismo y centrarse en su pronta recuperación.

Por otra parte, es importante tomar en cuenta una aportación que realizó el psicoanálisis a la Psicología de la Salud; Freud (citado por Taylor, 2007) al hablar de histeria conversiva, menciona que "los conflictos inconscientes específicos pueden producir padecimientos físicos específicos que simbolizan el conflicto psicológico reprimido". Por otra parte, Cameron (citado por Taylor, 2007) menciona que "el paciente convierte el conflicto en un síntoma a través del sistema nervioso voluntario; el o la paciente, por tanto, parecieran liberarse de la ansiedad que el conflicto pudiese producir".

A partir de lo que menciona Cameron, se puede pensar que la enfermedad es una somatización de emociones o conflictos por los que se encuentra atravesando el sujeto



y que por consiguiente no puede manifestarlos o hacerlos conscientes y es aquí cuando aparece la enfermedad.

Por otra parte, hay países en América Latina donde la Psicología cuenta con un grado mayor de desarrollo y es ahí donde la Psicología de la Salud se puede rastrear a finales de la década de los sesenta y mejor aún en los setenta. Algunos de los asesores de los países que se iniciaron en este campo fueron Miller, Hefferline, Holtzman, Basmajian, Weiss, Matarazzo y Sterman (Rodríguez; Rojas, 1998).

Asimismo, los primeros temas que abordó la Psicología de la Salud fueron: el manejo psicológico de las enfermedades crónico degenerativas, más en específico las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, y el dolor crónico; y de igual manera abordó las adicciones (Rodríguez; Rojas, 1998).

En 1978, la Asociación Psicológica Americana crea la división de la Psicología de la Salud hacia la cual confluyen distintas disciplinas de la Psicología como lo son: el área experimental, social, clínica, fisiológica y desarrollo de estudios epidemiológicos (Oblitas, 2016).

Si bien, como su nombre lo indica y como se mencionó anteriormente, la Psicología de la Salud es la encargada de comprender cualquier tipo de enfermedad así como sus reacciones emocionales que se presentan en el individuo; una de ellas es la ansiedad, la cual se explica en el siguiente capítulo.

## CAPÍTULO II: ANSIEDAD

### 2.1 Definición

La ansiedad ha sido definida de diferente manera: Para Vallejo y Gastó (1999) la ansiedad es una emoción o afecto que aparece ante cualquier evento que amenace la identidad o integridad del Yo. Es una reacción adaptativa ante dichas amenazas utilizando mecanismos de lucha o huida para sobrevivir. Asimismo, mencionan que “la ansiedad consiste en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual y cognitiva, caracterizada por un estado de alerta y activación generalizado”.

Sandín y Chorot (citados por Páez; Jofré; Azpiroz; y Bortoli, 2008, p. 118) plantean que la ansiedad "funciona como una señal de alarma ante la percepción y evaluación subjetiva de una situación como amenazante".

La ansiedad se define como un sentimiento subjetivo en el cual se presenta aprensión, tensión, inquietud, temor indefinido e inseguridad, de manera anticipada a un peligro objetivo, el cual supone miedo ante algo o ante nada, pero se diferencia del miedo a un peligro real (Gándara; Fuertes, 1999). Mencionan que ansiedad y angustia se utilizan para referirse a un mismo estado aunque tienen diferentes manifestaciones.

Todas las personas experimentan ansiedad en diferentes momentos de la vida, ya sea en mayor o menor grado. Cuando se presenta en niveles moderados, facilita el rendimiento, incrementa la motivación para actuar y alienta a enfrentarse a una situación amenazante. En cambio, cuando se presenta en niveles exagerados, impide enfrentarse a la situación, paraliza y trastoca la vida de la persona que la experimenta (Oblitas, 2016).

En el DSM V ansiedad se define como una respuesta anticipatoria a una amenaza futura; se asocia con tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y con

comportamientos cautelosos o evitativos. Este término se diferencia de los trastornos de ansiedad ya que estos últimos son excesivos y persisten por periodos largos.

"El término ansiedad alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico" (Sierra; Ortega; Zubeidat, 2003).

En resumen, se puede decir que la ansiedad es una respuesta a algo, es una emoción que se expresa ante peligros futuros y se puede manifestar a través del miedo, reacciones fisiológicas y conductuales. Esto quiere decir que todas las personas pueden presentar ansiedad en cualquier momento de su vida para dar respuesta a alguna situación de tensión.

## 2.2 Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado

Antes de definir lo que es Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado es importante hacer una distinción entre los distintos tipos de Ansiedad. Gándara y Fuertes (1999, pp. 15, 16) distinguen cuatro tipos de ansiedad, los cuales son:

- *Ansiedad Normal*: Adaptativa y útil para resolver problemas de la vida, controlable y lógica, que, aunque puede ser incómoda, no implica sufrimiento grave.
- *Ansiedad Anormal*: Inútil, excesiva, inapropiada; no sirve para adaptarse y por el contrario dificulta el rendimiento y la adaptación.
- *Ansiedad Reactiva*: Motivada por un desencadenante, con una relación comprensible con un suceso o una anticipación de algo; puede ser normal y servir para enfrentarse a ella o anormal y dificultar la adaptación.

- *Ansiedad Endógena*: Aparentemente inmotivada, surge sin razón o causa comprensible, como una manifestación del carácter de la persona, excesiva y poco o nada adaptativa.

Spielberger (citado por Ries; Castañeda; Campos; Castillo, 2012) considera que la ansiedad se tiene que tomar en cuenta como un estado emocional y un rasgo de personalidad, de ahí los conceptos Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo.

Ansiedad Estado se define como "estado emocional inmediato, modificable en el tiempo, caracterizado por una combinación única de sentimientos de tensión, aprensión y nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones, junto a cambios fisiológicos"; y Ansiedad Rasgo se refiere a las "diferencias individuales de ansiedad relativamente estables, siendo éstas una disposición, tendencia o rasgo". Este último tipo de ansiedad no se manifiesta directamente en la conducta y se infiere a través de los aumentos del estado de ansiedad que la persona experimenta (Spielberger, citado por Ries; et al., 2012, p. 9).

Las personas con un mayor grado de ansiedad rasgo pueden percibir mayores situaciones como amenazantes y por lo tanto están más predispuestas a sufrir ansiedad estado de forma más frecuente o con mayor intensidad. En cambio, las personas con un mayor grado de ansiedad estado se aprecian como intensamente molestos; si es demasiada este tipo de ansiedad puede iniciar un proceso defensivo para reducir este estado emocional irritante (Ries; et al., 2012, p. 9). Como en cualquier situación los niveles de estos tipos de ansiedad pueden variar en cada persona y se pueden expresar de diferente manera.

Ansiedad estado y ansiedad rasgo se pueden ver clasificadas dentro de lo que propone Gándara y Fuerte, como una ansiedad normal y reactiva; ya que surgen a partir de un evento desencadenante, son molestas pero son útiles para enfrentarse al problema o la situación por la que está pasando en el momento la persona.

Según Oblitas (2016, p.96) “las personas con un elevado rasgo ansioso están más predispuestas a desarrollar estados de ansiedad cuando interactúan con los estímulos ansiógenos del entorno.”

### **2.3 Causas que generan Ansiedad**

La ansiedad surge a partir de una situación alarmante o estresante para la persona, en la cual se ponen en juego sus posibilidades de adaptación ante dicha situación; estas posibilidades de adaptación se pueden determinar genéticamente o por el aprendizaje, es decir, experiencias por las cuales ha pasado la persona. Entonces, aparece la ansiedad por una presión estresante que es exagerada en intensidad o persistencia y agota las posibilidades de adaptación de la persona, igualmente puede aparecer por la reacción inadecuada que tenga el sujeto ante una situación estresante (Gándara; Fuertes, 1999).

Según Oblitas (2016) existen tres enfoques que describen las causas de la ansiedad:

1. Enfoque biomédico: menciona la importancia que tiene el estudio de la predisposición genética a padecer determinados trastornos, pues en ocasiones adopta una perspectiva interaccionista (modelo de vulnerabilidad-estrés) ya que toma en cuenta tanto la predisposición genética como la incidencia de agentes patógenos externos.
2. Enfoque conductual: este enfoque menciona que la conducta trastornada consiste en una serie de hábitos desadaptativos condicionados. La ansiedad patológica se refiere a una clase de respuestas aprendidas; se considera como una respuesta de temor condicionada.

3. Enfoque cognitivo: la mayoría de los modelos de los trastornos mentales desde este enfoque se basan en la analogía mente-ordenador; estos trastornos mentales pueden ser explicados a partir de un mal funcionamiento ya sea de la manera en que se recibe, selecciona, transforma, almacena o recupera información.

## 2.4 Ansiedad en personas con IRC

Medina y Espinach (2013) mencionan que el estado anímico de las personas con IRC se debe a factores biológicos y sociales, asimismo, estas personas perciben un gran deterioro en su calidad de vida y por lo general sienten la falta de apoyo de sus familiares, es aquí cuando se presenta la ansiedad y la depresión. Asimismo, realizaron un estudio donde encontraron que predomina un nivel normal de ansiedad, seguido de una ansiedad severa, siendo hombre la mayoría.

Por otra parte Páez; et al., (2008, p. 121) realizaron un estudio en Bogotá, Colombia, encontraron que "el 16,7% de los pacientes presentó niveles bajos de ansiedad estado y el 3,3%, ansiedad estado alta. En cuanto a la ansiedad rasgo, el 13,3% de los enfermos renales crónicos manifestó bajos niveles de ansiedad rasgo y el 23,3%, altos niveles de ansiedad rasgo". Mencionan que las personas con IRC presentan diversos grados de alteraciones emocionales, entre las cuales está la ansiedad y se ve asociada a la sintomatología orgánica, a los límites impuestos por la IRC y el tratamiento de hemodiálisis si es que lo reciben. Asimismo mencionan que "un porcentaje importante de pacientes con IRC los niveles de ansiedad estado y de ansiedad rasgo se asociaron positivamente, es decir, que la ansiedad como rasgo de personalidad constituiría una predisposición a desarrollar estados de ansiedad".

Para concluir con este capítulo cabe resaltar que la ansiedad es una respuesta ante un estímulo de peligro pero la ansiedad no se presenta sola, pues en la mayoría de casos se ve presente en una persona la ansiedad y la depresión como respuesta a algo. La depresión se expone con más detalle en el siguiente capítulo.

## CAPÍTULO III: DEPRESIÓN

### 3.1 Definición

Distintos autores han dado una definición de lo que es depresión, alguno de ellos son los siguientes:

Para Sabines (1993) la depresión consiste en la incapacidad para captar, sentir y manifestar los afectos, ya sea que la persona brinde dichos afectos o que los reciba. Es una alteración de la capacidad afectiva.

Según Galimberti (2006, p. 300) Depresión es una “alteración del tono del humor hacia formas de tristeza profunda, con reducción de la autoestima y necesidad de autocastigo. Cuando la intensidad de la depresión supera ciertos límites o se presenta en circunstancias que no la justifican, se vuelve de competencia de la psiquiatría, en la que se distingue una depresión endógena que, como lo dice el adjetivo, nace “desde adentro”, sin remitir a causas externas, y una depresión reactiva, que es patológica sólo cuando la reacción ante acontecimientos luctuosos o tristes parecen excesivos”.

Por otra parte la OMS (recuperado el 19 de febrero de 2017) define a la depresión como un trastorno mental frecuente, en el cual existe la presencia de tristeza, pérdida de interés, sentimiento de culpa, falta de autoestima, existe algún trastorno del sueño o del apetito, está presente el cansancio y la falta de concentración. Asimismo refiere que puede ser crónica o frecuente y puede provocar alteraciones tanto en la escuela, trabajo o familia y por lo tanto se ve afectada la vida diaria de la persona. Puede presentarse de forma grave o leve.

El concepto de depresión agrupa la presencia de síntomas afectivos, cognitivos, volitivos, y a veces somáticos. De igual manera se entiende por depresión como un síndrome o agrupación de síntomas que pueden ser valorados y ordenados en criterios diagnósticos racionales y operativos (Alberdi; Taboada; Castro; Vázquez, 2006).

"La depresión es una enfermedad común pero grave y la mayor parte de quienes la padecen necesitan tratamiento para mejorar" (Instituto Nacional de la Salud Mental [recuperado el 19 de febrero de 2017] p. 2). Si una persona tiene un trastorno depresivo este interfiere tanto en su vida diaria como en su desempeño normal, causando dolor tanto para la persona que lo padece como a las personas que lo rodean.

De manera general se concluye que la depresión es un trastorno mental que afecta la afectividad de la persona en mayor grado, y por consiguiente ocasiona un deterioro en su vida diaria y en sus relaciones interpersonales. La tristeza y la incapacidad para realizar actividades predominan en las personas que padecen depresión; concordando así con la definición realizada por la OMS.

### 3.2 Sintomatología

Chinchilla (1999, p.24) refiere los siguientes síntomas para la depresión:

- Humor, afecto y sentimientos: el humor suele ser el síntoma clave (tristeza vital y profunda); se sienten vacíos, anestesiados y a veces incapaces de expresar esta tristeza; puede haber disforia e irritabilidad; la afectividad puede ser lábil y la tendencia al llanto, frecuente.
- Lenguaje: dan respuestas simples y cortas con un tono de voz bajo y con un tiempo de latencia alargado entre pregunta y respuesta.
- Pensamiento: suele ser lento, con un contenido negativo del mundo y de sí mismos; son frecuentes las rumiaciones sobre la pérdida, culpa, ruina, hipocondría, suicidio y muerte: en ocasiones estas ideas llegan a ser delirantes.
- Cognición: suelen estar orientados, aunque con una impresión subjetiva de merma cognitiva, debida a su estado anímico. Disminuyen la atención y la concentración.
- Facies: depresiva; enlentecimiento psicomotor.



- Anhedonia: pérdida del interés e incapacidad para experimentar placer.
- Motricidad: inhibición o agitación.
- Rendimiento personal: disminución: disminución o sobreesfuerzo para mantener el nivel previo.
- Ansiedad: suele acompañar a la depresión.
- Control de impulsos: el 10-15% de todos los pacientes deprimidos completan un suicidio, siendo dos tercios los que tienen ideación autolítica.
- Trastornos del sueño: el patrón de alteración más característico de la depresión severa es el despertar precoz con insomnio y tardío, con un acortamiento del número total de horas de sueño.
- Síntomas somáticos: astenia, pérdida de apetito y peso, disminución o pérdida de la libido, estreñimiento, variación circadiana de los síntomas, con empeoramiento matinal y mejoría vespertina característicos.

Por otra parte Sabines (1993) menciona casi los mismos síntomas pero de manera más específica:

- Alteraciones del estado de ánimo: tristeza, pesimismo, negatividad, anhedonia, irradiación afectiva constreñida al polo de la tristeza, incapacidad para sintonizar afectivamente, empeoramiento matutino.
- Trastornos del sueño: imposibilidad de dormir, sueño inquieto, sueño superficial, pesadillas de tema catastrófico, interrupción del sueño después de haberlo conciliado, despertar prematuro e incapacidad para volverse a dormir, hipersomnia.

- Trastornos del apetito: anorexia, pérdida de peso, incapacidad para disfrutar de la comida, bulimia.
- Aspecto del individuo depresivo: indumentaria descuidada, mirada triste e inexpressiva, ausencia de sonrisa, lentitud motriz y estupor melancólico.
- Lenguaje y curso del pensamiento: lentitud al hablar, escasez de palabras, pensamiento circular, bloqueo mental y pérdida de la meta al hablar.
- Contenido del pensamiento: cavilaciones obsesivamente pesimistas, ideas de muerte y de suicidio, autorreproches y sentimiento de culpa, vacío, esterilidad y falta de ocurrencias, ideas de ruina económica.
- Trastornos motrices: pérdida en la capacidad de comunicación psicomotriz, retraso y lentitud motriz, inquietud o agitación.
- Alteraciones sexuales: disminución del apetito sexual, eyaculación precoz, impotencia y anorgasmia.
- Molestias somáticas: trastornos del sueño, fatiga, boca seca, disfunción sexual, estreñimiento o diarrea, sudoración, dolores de cabeza, anorexia, dolores en las articulaciones y en los músculos, taquicardia, vómito, náuseas, sofoco, hipersensibilidad al ruido, sensación de angustia precordial.

Como se puede observar, existe una disminución en todos los aspectos en la vida de la persona que sufre depresión, se altera toda su esfera biopsicosocial y por consiguiente no puede llevar su vida de una forma placentera por encontrarse en este estado.

### 3.3 Causas que generan Depresión

Según Calderón (2001) la presencia de la depresión puede deberse a distintas causas, ya sean genéticas, psicológicas, ecológicas y sociales.

- *Causas Genéticas*

Estas causas son de mayor importancia dentro de las depresiones psicóticas. La posibilidad de presentar algún tipo de estos cuadros es mayor debido al grado de parentesco que se tenga con la persona enferma que se esté tomando como referencia.

- *Causas Psicológicas*

Intervienen en cualquier tipo de depresión, pero se presentan con mayor frecuencia en las depresiones neuróticas. Como en casi todas las neurosis los factores emocionales se aprenden a partir de la relación con la familia. Estas causas a su vez se dividen en dos tipos; determinantes y desencadenantes, las primeras se refieren a lo vivido o experimentado en la niñez, pero no se limita solo a eso, sino también tienen que ver los conflictos creados por necesidades inconscientes debido a incidentes que han tenido significado en la vida de la persona. Las causas desencadenantes son aquellas que se estimulan por alguna situación externa y que pueden movilizar defensas de la personalidad; generalmente estas causas producen angustia en la persona.

- *Causas Ecológicas*

Estas causas hacen referencia a la naturaleza, originando en las personas una preocupación por la contaminación atmosférica, problemas de tránsito y ruidos excesivos.

- *Causas Sociales*

Se refieren a la respuesta de la pérdida de los lazos de unión que son indispensables para la supervivencia y el desarrollo de los seres humanos.

El Instituto Nacional de la Salud Mental (recuperado el 19 de febrero de 2017, p. 6) menciona que no existe alguna causa conocida para la depresión, sino que resulta de

la combinación de causas genéticas, bioquímicas y psicológicas. Asimismo, algunas investigaciones indican que la causa de la depresión se debe a trastornos que sufre el cerebro, ya que se ven afectadas algunas áreas del mismo como lo son la del apetito, el ánimo, el pensamiento y el comportamiento; igualmente los neurotransmisores podrían no estar en equilibrio.

### 3.4 Clasificación de la Depresión

La depresión se clasifica en tres grandes grupos, somatógena, endógena y psicógena.

- *Depresión Somatógena*

Galimberti (2006) menciona que en esta depresión existe una relación causal con una enfermedad orgánica o una disfunción somática; cabe resaltar que aquí se distinguen las depresiones orgánicas y sintomáticas.

Este tipo de depresión tienen una causa orgánica que demostrar, muchas enfermedades que son orgánicas pueden desencadenar reacciones depresivas; cuando sucede esto, lo primordial es tratar al trastorno o enfermedad orgánica para desaparecer este tipo de depresión (Sabines, 1993).

Esta depresión se caracteriza por la presencia de una enfermedad física o por efecto provocado de un fármaco o droga. Aquí se puede presenciar algunos síntomas como fatiga, decaimiento del ánimo, retraimiento e insomnio (Alonso, 2011).

- *Depresión Endógena*

Son las formas clásicas, descritas y conocidas de depresión. En este ámbito se identifican las depresiones periódicas y cíclicas; en las depresiones periódicas sólo hay fases depresivas, en cambio, en las depresiones cíclicas se alternan las fases depresivas con las fases maníacas (Galimberti, 2006).

Sabines (1993) les da este nombre a las depresiones que van de adentro hacia afuera, se producen por la vulneración del propio psiquismo del paciente. Esta depresión se genera sin causa alguna que la justifique, aparecen de manera espontánea, dejando sin explicación al paciente o a sus familiares.

Alonso (2011, pp. 579, 580) define a esta depresión como "entidad mórbida depresiva caracterizada por una potente intervención genética como causa fundamental, una preferencia por asentar sobre una personalidad ciclotímica, un cuadro clínico intenso y completo y un curso multifásico o crónico. Tiene dos variantes fenotípicas: la depresión unipolar y la depresión bipolar, distinguidas entre sí porque los episodios depresivos bipolares alternan con episodios hipertímicos o maníacos".

- *Depresión Psicógena*

Esta depresión encuentra su explicación en motivos psicológicos reconocibles y demostrables, es decir, se identifica una reacción depresiva simple, como una pérdida, y con una reacción depresiva neurótica, en la cual el motivo no está claro en la conciencia y puede confundirse con la biografía del paciente y su desarrollo afectivo (Galmberti, 2006).

Este tipo de depresión son originadas por causas psíquicas, ambientales o fuertes tensiones, pero se tiene que tomar en cuenta que no todas las personas reaccionan de la misma manera, por lo cual, algunas personas pueden experimentar este tipo de depresión y otras pueden responder manifestando ansiedad (Sabines, 1993).

Surge de un conflicto intrapsíquico que en la mayoría de los casos surge en la infancia y es en la adolescencia donde comienza a reflejarse como ansiedad, para que en la edad adulta finalmente se manifieste como un episodio depresivo, con o sin la complicidad de un suceso traumante o una situación distresante (Alonso, 2011).

Finalmente, al existir tres tipos de clasificación de la depresión no se puede generalizar a todas las personas diciendo que solamente padecen depresión, sino que

hay que indagar más acerca de ello y así poder brindar una atención adecuada para dicha depresión.

En el caso de las personas con IRC podría pensarse que la depresión que esta presente en ellas es la somatógica, debido a que el factor desencadenante es la IRC.

### **3.5 Depresión en personas con IRC**

Beck, Rush, Shaw y Emery (citados por Páez; et al., 2009) mencionan que las personas con depresión interpretan sus experiencias como pérdidas o fracasos y evalúan los sucesos negativos como globales e irreversibles; tienen una visión negativa de sí mismos, del mundo y del futuro.

A pesar de que la tecnología ha avanzado y se han creado tratamientos sustitutivos del funcionamiento renal, la presencia de depresión y ansiedad aumenta los riesgos de suicidio en personas con IRC expresados en la no adherencia del tratamiento, la cual afecta su calidad de vida y por lo tanto llegan a cometer este acto. Las personas con IRC que presentan algún grado de depresión fueron los de mayor edad. (Páez; et al., 2009).

En un estudio realizado por García (2005) acerca de habilidades de afrontamiento, ansiedad y depresión en pacientes con IRC se encontró que las personas con IRC muestran mayores niveles de ansiedad y depresión a diferencia de personas que no padecen IRC. Asimismo confirmaron lo que Ceballos y Garduño (citados por García) mencionan, y esto es que la depresión se presenta como parte de la enfermedad crónica.

Por otra parte, Taylor (2007, pp. 290, 291) menciona que “la depresión es una reacción común y regularmente debilitante que se presenta con frecuencia acompañando a las enfermedades crónicas. Hasta un tercio de todos los pacientes con enfermedades crónicas reportan, por lo menos, síntomas moderados de

depresión y hasta un cuarto sufre de depresión severa.” Esto quiere decir que las personas que padecen IRC pueden presentar mayores niveles de depresión ya que sufren de una enfermedad crónica, que las personas que no padecen IRC.

Como conclusión, al ya haberse definido y explicado tanto la ansiedad como la depresión, las personas cuentan o deberían contar con la capacidad de afrontarse de manera positiva ante estas dos emociones, a esto se le conoce como resiliencia, la cual es explicada en el siguiente capítulo.

## CAPÍTULO IV: RESILIENCIA

### 4.1 Definición

La resiliencia es un concepto relativamente nuevo y por lo tanto su estudio está comenzando.

Al final de la década de 1970 el concepto de resiliencia comenzó a ser utilizado dentro de las ciencias sociales (Fernandes; Teva; De la Paz, 2015). A dicho concepto varios autores le han dado diferentes significados, algunos de ellos son los siguientes.

La Real Academia Española (RAE) define a la resiliencia como la “Capacidad de adaptación de un ser vivo frente a un agente perturbador o un estado o situación adversos” (recuperado el 27 de febrero de 2017, disponible en <http://dle.rae.es/?id=WA5onlw>).

Para Masten y Cicchetti; Masten y Powel; Masten y Tellegen; Poletto y Koller; Rutter (citados por Fernandes; et al., 2015) la resiliencia es una adaptación positiva ante un contexto de riesgo y adversidad.

Rutter (citado por González Arratia; Valdez; Zavala, 2008) menciona que la resiliencia es un fenómeno que se manifiesta en los sujetos jóvenes que favorablemente evolucionan a pesar de haber experimentado alguna forma de estrés el cual implica consecuencias desfavorables.

Anzola (2003, p. 191) define resiliencia como “la capacidad que demuestran individuos provenientes de entornos desfavorecidos para sobreponerse a la adversidad en beneficio del crecimiento personal”. Algo que es importante destacar y que menciona esta autora, es que la resiliencia es parte del temperamento que desarrollan las personas como potencial de su actuar social.



La resiliencia se considera como un factor de protección tanto para la salud mental y física, de igual forma, es la capacidad humana para asumir con flexibilidad situaciones difíciles y enfrentarlas (Cabrera; Lappin, 2016).

Bonanno (Vinaccia; Quiceno; Medina; Castañeda y Castelblanco, 2012; citado por Cabrera; Lappin, 2016, p. 15) menciona que “la resiliencia es la habilidad de las personas que actualmente viven en condiciones relativamente normales, y presentan niveles adecuados de funcionamiento tanto físico como psicológico cuando se encuentran en situaciones difíciles o ante eventos que son potencialmente dañinos o traumáticos, como es un hecho violento o la muerte de un ser querido”.

Por otra parte Turienzo y Sala (citados por Cabrera; Lappin, 2016) mencionan que es la habilidad que se tiene para enfrentarse a distintas dificultades que se tienen a lo largo de la vida, esto se basa en la capacidad de desarrollo personal de forma positiva, flexibilidad y la adaptación al medio hostil. La resiliencia es un proceso por el cual las personas consiguen vivir felices a pesar de las dificultades que se les presenten.

Luthar, Cicchetti y Becker (citado por Fernandes; et al., 2015) se refieren respecto a la resiliencia como un “proceso dinámico que abarca la adaptación positiva en el contexto de la adversidad”.

La resiliencia también se puede definir como la capacidad de tener éxito dentro de una sociedad, pero de forma aceptable, a pesar de estar sufriendo estrés o alguna adversidad, la cual puede desencadenar riesgos con efectos negativos (Vanistendael; citado por González Arratia; et al., 2008).

Puig y Rubio (citados por Cabrera; Lappin, 2016) definen a la resiliencia como un proceso el cual surge cuando las personas se enfrentan a situaciones difíciles, las cuales les permiten utilizar sus propias habilidades y con apoyo de otras personas que les rodean, logran superar las situación alcanzando un desarrollo y crecimiento favorable.

González Arratia (2016) concibe a la resiliencia como “capacidad para adaptarse y ajustarse a través de la combinación y/o interacción entre los atributos del individuo (internos) y su ambiente familiar, social y cultural (externos), que lo posibilitan para superar el riesgo y la adversidad de forma constructiva”.

Por último, Bissonnette (Espinoza y Matamala, 2012; citado por Cabrera; Lappin, 2016) concibe a la resiliencia como un mecanismo que poseen las personas, el cual les ayuda a protegerse de factores de riesgo y situaciones adversas.

Es importante mencionar que la resiliencia está conformada por tres elementos esenciales (Infante; Rutter, citados por Fernandes; et al., 2015), los cuales son:

1. Capacidad para afrontar
2. Capacidad para continuar desarrollándose
3. Capacidad de aumentar las competencias

En resumen, la resiliencia puede ser una capacidad que tienen los individuos independientemente de su edad para afrontar situaciones difíciles o estresantes de manera positiva; la resiliencia es diferente en cada persona aunque el objetivo sea el mismo, salir adelante de esa dificultad, por lo que en éste estudio se entiende como resiliencia a la que menciona González Arratia, (2016).

#### **4.2 Perfil del individuo Resiliente**

La resiliencia como se vio anteriormente es una situación de ajuste y adaptación ante una situación de riesgo.

Todas las personas son resilientes, ya sea en mayor o menor grado que otra persona. El hecho de que alguien sea resiliente no significa que no va a dejar de sufrir por las circunstancias o situaciones difíciles que se le presentan.

De acuerdo con Brooks y Goldstein (2004) una persona resiliente tiene una serie de actitudes sobre sí misma las cuales influyen tanto en su conducta como en las habilidades que desarrolla, esto va a generar una mentalidad a la cual se le llama mentalidad resiliente. Ésta está compuesta por varias características, las cuales son las siguientes:

- Siente que controla su vida
- Sabe cómo fortalecer la resistencia al estrés
- Tiene empatía con los demás
- Desarrolla una comunicación efectiva y capacidades interpersonales
- Tiene habilidades sólidas para solucionar problemas y toma de decisiones
- Establece metas y expectativas realistas
- Aprende tanto del éxito como del fracaso
- Es un miembro de la sociedad compasivo y contribuyente
- Lleva una vida responsable basada en una serie de valores sensatos
- Se siente especial, pero no egocéntrico, mientras ayuda a los demás a sentir lo mismo

Asimismo, Brooks y Goldstein (2004) describen diez claves para una vida resiliente, estos son:

1. Cambiar los diálogos de la vida: replantear los diálogos negativos a diálogos positivos.
2. Elegir el camino que lo lleven a ser resistente al estrés en vez de estar estresado.
3. Ver la vida a través de los ojos de los demás: una persona resiliente tiene relaciones satisfactorias en su vida, pues es una persona empática con los demás.
4. Saber comunicar: el hecho de ser asertivo con los demás es una característica vital de la resiliencia, la cual está estrechamente relacionada con la empatía; también es necesario mencionar que para ser asertivo se debe tener la capacidad de escuchar activamente.
5. Aceptarse a sí mismo y a los demás: implica tener expectativas y objetivos realistas , reconocer los propios puntos fuertes y vulnerables, y finalmente, llevar una vida autentica y equilibrada; si esto lo cumple la propia persona por consiguiente va a poder aceptar a los demás.
6. Establecer contactos y mostrar compasión.
7. Saber lidiar con los errores: las personas resilientes ven a dichos errores como experiencias de las cuales se puede aprender y ayudan a su crecimiento personal; no se desaniman fácilmente y buscan oportunidades.
8. Saber manejar el éxito construyendo islas de competencia.
9. Desarrollar la autodisciplina y el autocontrol: se debe pensar antes de actuar ya que esto permite tener o mantener una relación satisfactoria con los demás.
10. Las lecciones de la resiliencia: mantener un estilo de vida resiliente: una vez que la persona se convierta en alguien resiliente (en mayor grado) debe seguir con las

mismas actitudes para mantener este estilo de vida y no perderlo o volver como se encontraba anteriormente.

Por otra parte Linares (2014) menciona 12 características con las cuales se identifican a las personas resilientes, siendo los siguientes:

1. Son conscientes de sus potencialidades y limitaciones: es necesario el autoconocimiento de las principales fortalezas, habilidades, limitaciones y defectos, pues a partir de esto se pueden trazar metas objetivas.
2. Son creativas.
3. Confían en sus capacidades: no pierden de vista sus objetivos y se sienten seguros de que lo pueden lograr; reconocen la importancia del trabajo en equipo, saben cuándo es necesario pedir ayuda y no se encierran en sí mismos.
4. Asumen las dificultades como una oportunidad para aprender: las personas resilientes son capaces de ver más allá de las dificultades y no decaen, asumen las crisis como una oportunidad positiva para su vida.
5. Practican el mindfulness o conciencia plena: tienen el hábito de estar plenamente presentes, de vivir el aquí y el ahora y tienen una gran capacidad de aceptación. Disfrutan de los pequeños detalles y no han perdido la capacidad de asombrarse ante la vida.
6. Ven la vida con objetividad, se esfuerzan por centrarse en los aspectos positivos y disfrutan de los retos; desarrollan un optimismo realista.
7. Se rodean de personas que tiene una actitud positiva, de esta manera logran crear una red de apoyo que los puede sostener en momentos difíciles.

8. No intentan controlar las situaciones: las personas resilientes saben que es imposible controlar todas las situaciones, han aprendido a lidiar con la incertidumbre y se sienten cómodos aunque no tengan el control de la situación.
9. Son flexibles ante los cambios: tiene suficiente flexibilidad para adaptar sus planes y cambiar sus metas cuando es necesario. No se cierran al cambio y siempre están dispuestas a valorar distintas alternativas.
10. Son tenaces en sus propósitos: tienen una motivación intrínseca que les ayuda a mantenerse firmes y luchar por lo que se proponen.
11. Afrontan la adversidad con humor: son capaces de reírse ante la adversidad y sacar una broma de las mismas; la risa les ayuda a mantenerse optimistas y les permite enfocarse en los aspectos positivos de las situaciones.
12. Buscan la ayuda de los demás y el apoyo social: al pasar por un suceso traumático su objetivo es superarlo, pero también son capaces de buscar ayuda tanto profesional como social.

Cabe resaltar que el estudio de resiliencia comprende dos elementos de gran importancia, factores de riesgo y factores de protección. El primero hace referencia a la enfermedad, al síntoma, y aquellas características que se relacionan con una probabilidad incrementada de daño biológico, psicológico y social; mientras que el segundo representa los escudos contra fuerzas negativas, ya sea de daños o riesgos, disminuyendo sus efectos y transformándolos en un factor de superación de las situaciones difíciles (González Arratia, 2016).

Los factores protectores se dividen en dos categorías; internos y externos. Los factores protectores internos son los propios atributos de la persona, ya sea la personalidad, la autoestima, la asertividad, etc; y los factores protectores externos son

las condiciones que actúan disminuyendo la probabilidad de daños (González Arratia, 2016).

De acuerdo con Suárez, Wolin y Manciaux (citados por González Arratia, 2016, p.37) las personas resilientes presentan los siguientes factores protectores internos:

1. Individuo que emplea estrategias de convivencia, ya sea la adopción de buenas decisiones, asertividad, control de impulsos y resolución de problemas.
2. Sociabilidad, capaz de ser amigo, capaz de entablar relaciones positivas.
3. Sentido del humor.
4. Control interno.
5. Autonomía, independencia.
6. Visión positiva del futuro personal.
7. Flexibilidad.
8. Capacidad para el aprendizaje.
9. Automotivación.
10. Competencia personal.
11. Sentimientos de autoestima y confianza en sí mismo.
12. Capacidad de relacionarse.

13. Iniciativa.

14. Creatividad.

15. Moralidad.

En lo que respecta a los factores protectores externos, se manifiestan con sus efectos después de la aparición de un estresor, modificando la respuesta de la persona en un sentido más adaptativo que el esperado. Estos factores pueden dividirse en (González Arratia, 2016):

1. *Individuales*: habilidades cognitivas, habilidad de solución de conflictos, sentido del propósito, sentido del humor, inteligencia, etc.
2. *Familiares y sociales*: lazos seguros con los padres, altas expectativas de parte de la familia, lazos seguros con los pares y otras personas.
3. *Del medio*: conexión entre casa y escuela, cuidado y apoyo de los profesores, comunidad, vecindario, etc.

Como se puede observar, una de las características generales y principales de una persona resiliente es enfrentarse ante las dificultades de manera positiva, tanto de pensamiento como con su actuar, ellos saben que tienen la capacidad de salir adelante solos pero tampoco descartan la posibilidad de pedir ayuda a otras personas, pero siempre y cuando también vean a la vida de manera positiva. Son personas que en todo momento ven a la vida de una manera positiva y más aún en los momentos complicados.



### 4.3 Resiliencia en personas con IRC

Pérez y Colman (citados por Cabrera; Lappin, 2016) realizaron un estudio acerca del nivel de resiliencia en personas de ambos sexos que padecen IRC, en el cual se obtuvo que las personas tienen un nivel bajo de resiliencia.

Cabrera y Lappin (2016) al realizar su investigación sobre el nivel de resiliencia en personas con IRC encontraron que los hombres cuentan con un nivel bajo de resiliencia, mientras que las mujeres cuentan con un nivel alto de la misma. Asimismo, encontraron que a mayor edad en las personas es menor el nivel de resiliencia que tienen. De igual forma, encontraron que a menor tiempo de tratamiento del que reciben es menor el nivel de resiliencia, y a mayor tiempo de tratamiento del que reciben los niveles de resiliencia son moderados y altos, pero estos van aumentando. En resumen, las personas con IRC presentan un nivel bajo de resiliencia independientemente de la variable en la que se haya medido.

Por otra parte, en un estudio realizado por Vinaccia y Quiceno (2011, p. 208) se encontró que las personas con IRC “tienen autoconfianza en sus capacidades, son perseverantes, se adaptan a los cambios y recuperan fácilmente de las crisis (competencia personal) y tienen aceptación tanto de sí mismo como de la vida (resiliencia). Por el contrario, en este estudio se evidencia que la resiliencia (RS), especialmente la aceptación de sí mismo y de la vida aminora la percepción negativa de las consecuencias y la preocupación por la enfermedad”.

También Vinaccia y Quiceno (2011, p. 208) encontraron que “la resiliencia, es decir, la competencia personal más la aceptación de sí mismo y de la vida facilita que los pacientes perciban poca interferencia física y emocional para lograr el rendimiento esperado en la realización de sus actividades diarias (rol físico, rol emocional), vean su salud y las perspectivas de la salud en el futuro de manera más optimista resistiéndose a enfermar (salud general), perciban mayor control de su conducta y de los estados

emocionales en general lo que favorece el afecto positivo (salud mental, índice sumario mental) y pueden tener una mejor comprensión de su enfermedad”.

Finalmente, al tener una capacidad de resiliencia para las distintas circunstancias que pueda enfrentarse la persona, pero lo que concierne en esta investigación es la resiliencia en personas con IRC, que en el siguiente capítulo se hablara acerca de dicha enfermedad crónica, la persona va a poder ver con más optimismo su situación y ser positiva de alguna manera; esto le permitirá salir adelante con su enfermedad y enfrentarse a ella a pesar de las circunstancias, lo cual permitirá una mejor respuesta al tratamiento.

## CAPÍTULO V: INSUFICIENCIA RENAL

### 5.1 Definición

Existen varios autores que han dado su propia definición en lo que respecta a la Insuficiencia Renal Crónica (IRC), algunos de ellos son:

Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es definida por Carpenter, Griggs y Loscalzo (2003) como “pérdida progresiva e irreparable de la función renal”.

Por otra parte, Raffensperger, Zusy y Marchesseault (1999) mencionan que la IRC o Enfermedad Renal en Estadio Terminal (ERET) “se produce en las enfermedades renales irreversibles. Evoluciona durante un largo periodo de tiempo desde la insuficiencia renal a la uremia”.

La Insuficiencia Renal es un padecimiento severo como consecuencia de la incapacidad para producir una apropiada cantidad de orina, ante dicha incapacidad se produce una retención en el cuerpo de desechos del metabolismo, excesos de sales inorgánicas y agua (Taylor, 2007).

Arbeláez et al. (recuperado el 01 de marzo de 2017, p.16) definen a la Insuficiencia Renal como “disminución irreversible de la tasa de filtración glomerular (RFG) del riñón, usualmente por un plazo mayor a tres meses. Este deterioro renal conduce a una retención progresiva de sustancias tóxicas, que en la fase avanzada de la enfermedad caracteriza el cuadro clínico conocido como uremia o “síndrome urémico””.

“La Insuficiencia Renal Crónica es el deterioro progresivo de la función renal, que termina con la vida del enfermo, por uremia y sus complicaciones, salvo que se haga hemodiálisis o un trasplante de riñón. Puede ser causada por glomerulonefritis crónica, pielonefritis, anomalías del desarrollo, trastornos vasculares, y otros problemas” (Brunner; Suddarth, 1978).

Se define Insuficiencia Renal Crónica a la pérdida progresiva e irreversible de la tasa de filtración glomerular traducida en un conjunto de signos y síntomas denominados uremia y que en el estadio terminal es incompatible con la vida (Bricker; Morrin; Kime, citados por Torres, 2013).

Saborío (citado por Madrigal, 2003) menciona que la Enfermedad Renal Crónica es la reducción permanente en la filtración glomerular. Al existir un deterioro progresivo en la función renal se ven afectados todos los sistemas corporales, generando complicaciones conforme va avanzando la edad.

Al ser diagnosticado con Insuficiencia Renal quiere decir que los riñones de la persona son incapaces de realizar su función normal, la cual es excretar los productos de desecho; al no excretarlos, la persona retiene una mayor cantidad de estos desechos en la sangre y como resultado se producen síntomas generando un trastorno llamado uremia (Mason, 1976).

National Kidney Foundation de Estados Unidos (citado por Venado; Moreno; Rodríguez; López, 2009, p. 3) definió a la Insuficiencia Renal Crónica como “la presencia de daño renal con una duración igual o mayor a tres meses, caracterizado por anomalías estructurales o funcionales con o sin descenso de la tasa de filtración glomerular (TFG). La IRC es un proceso fisiopatológico multifactorial de carácter progresivo e irreversible que frecuentemente lleva a un estado terminal, en el que el paciente requiere terapia de reemplazo renal (TRR), es decir diálisis o trasplante para poder vivir”.

La IRC es entonces una afección al riñón o riñones definitiva, en la cual los desechos del cuerpo no se expulsan provocando una retención en el mismo cuerpo. Dicha afección puede ir avanzando de forma gradual e ir comprometiendo a otras partes o sistemas del cuerpo humano.

## 5.2 Tipos

Raffensperger et. al., (1999) menciona que dentro de la Insuficiencia Renal existen varios tipos de la misma, no solamente la IRC, los cuales pueden ser:

- *Insuficiencia Renal Aguda (IRA)*

Deterioro rápido de la función renal acompañado de azotemia y normalmente de oliguria.

- *Insuficiencia Prerenal*

Puede aparecer debido a una hipovolemia ocasionada por una insuficiencia cardiaca, shock, hemorragia o quemaduras; en si es ocasionada por cualquier factor externo a los riñones que disminuya el flujo sanguíneo renal y, por lo tanto, disminuya la perfusión de los glomérulos.

- *Insuficiencia Intrarrenal*

Es producida por trastornos que afectan a los propios riñones.

- *Insuficiencia Postrenal*

Se produce por una lesión renal que ocasiona la obstrucción del flujo de orina debido a la existencia de un cálculo, a neoplasias, o bien por el aumento del tamaño de la próstata.

Por otra parte Saborío (citado por Madrigal, 2003, pp. 458-459) menciona que la evolución de la Enfermedad Renal Crónica se divide en cuatro estadios:

- *Estadio I*

Dependiendo la edad del paciente se presenta una tasa de filtración glomerular de 50 a 75% del valor normal, caracterizándose por una reserva renal disminuida que en ocasiones se asocia a una capacidad moderada de respuesta ante situaciones de estrés.

- *Estadio II (Insuficiencia Renal Crónica)*

Aparece una anemia moderada, hipostenuria y nocturia; asociándose con una tasa de filtración glomerular entre 25 a 50% del valor normal. Las infecciones recurrentes y deshidratación desencadenan cuadros severos de azotemia y acidosis metabólica.

- *Estadio III (Fallo Renal Crónico)*

Los signos y síntomas de una función renal inadecuada se hacen más notorios; apareciendo anemia progresiva, acidosis severa e hiperfosfatemia. La filtración glomerular fluctúa entre 10 a 25% de lo normal.

- *Estadio IV (Enfermedad Renal Crónica Terminal)*

Coincide con la presencia de una tasa de filtración glomerular menor del 10% de la normal. Se presentan complicaciones neurológicas, intestinales, hematológicas, y óseas, debido al grado de deterioro en la función renal. Durante esta fase, la diálisis o el trasplante renal son obligatorios.

En cambio Arbeláez et al. (recuperado el 01 de marzo de 2017) mencionan que la IRC se clasifica solamente por el grado de severidad, ya sea leve, moderada, severa y terminal.

### **5.3 Signos y Síntomas**

Al disminuir la función renal se presentan “alteraciones del balance hidroelectrolítico que se traducen en retención de sal, disminución de la capacidad de concentrar la orina y posteriormente se ve afectada la capacidad de excretar agua en orina, disminuyendo el volumen urinario diario y reteniéndose agua, lo que lleva a edema manifestado por aumento de peso e incluso insuficiencia cardíaca y edema pulmonar; la hipertensión arterial es la complicación más común de la IRC en presencia de uremia; la disminución en la síntesis de eritropoyetina ocasiona anemia, la cual ocasiona un aumento del gasto cardíaco, hipertrofia y dilatación de las cavidades cardíacas, angina,

insuficiencia cardíaca, disminución de la concentración y agilidad mental, alteración del ciclo menstrual y del estado inmunológico” (Venado; et al. 2009, pp. 5-6).

“Los pacientes con IRC también presentan acidosis, hiperglucemia, mal nutrición y aumento de la osmolaridad sérica; cursan con síntomas tempranos de disfunción del sistema nervioso central causados por la uremia como dificultad para concentrarse, somnolencia e insomnio. Posteriormente se presentan cambios de comportamiento, pérdida de la memoria y errores de juicio, que pueden asociarse con irritabilidad neuromuscular como hipo, calambres y fasciculaciones. Las manifestaciones dermatológicas de la uremia incluyen palidez, equimosis y hematomas, mucosas deshidratadas, prurito y excoriaciones. Comúnmente se observa una coloración amarillenta resultado de la anemia y la retención de pigmentos metabólicos.

En la IRC hay una pérdida gradual de la función renal de modo que en las etapas tempranas con frecuencia los pacientes están asintomáticos y puede no detectarse la enfermedad hasta que el daño renal es muy severo” (Venado; et al. 2009, pp. 6, 8).

A veces el comienzo de la IRC es repentino pero suelen presentarse algunos síntomas como letargia, cefalalgia, somnolencia, vómitos, inquietud, alteraciones mentales, halitosis y algunos otros que pueden persistir por semanas. Si en este periodo se realiza un tratamiento enérgico puede desaparecer la Insuficiencia Renal, pero si no es así los síntomas se acentúan y aparecen otros como anomalías metabólicas de la uremia y afectan prácticamente a todo el organismo. El paciente puede ir cayendo en somnolencia súbitamente o poco a poco, aparece la respiración tipo Kussmaul, el urémico cae en coma profundo, a menudo con convulsiones las cuales pueden ser simples espasmos musculares o contracciones graves semejantes a la epilepsia; en la piel aparece una substancia blanca pulverulenta llamada “escarcha urémica” (Brunner; Suddarth, 1978).

Según Waechter y Blake (1978) los signos y síntomas de la Insuficiencia Renal pueden variar de una persona a otra; algunos síntomas de esta enfermedad pueden ser:

somnolencia, letargo, neuropatía periférica, emesis, anorexia, insuficiencia del crecimiento (este síntoma se presenta durante la infancia), hipertensión, insuficiencia cardiaca, anemia, diátesis hemorrágica y acidosis.

## 5.4 Tratamiento

Carpenter et.al., (2003) menciona que existen tres tipos diferentes de tratamiento para la IRC. Para elegir alguno de ellos va a depender tanto de las características físicas y sociodemográficas de la persona.

La mayoría de las personas con IRC comienzan con el tratamiento de hemodiálisis o diálisis peritoneal, siendo el primero un tratamiento en el cual la sangre obtenida por medio de una vía vascular es bombeada a través de capilares manufacturados con membranas semisintéticas, en dirección contraria a esto hay una solución de dializado. La persona sometida a esto requiere de 3 horas y media a 4 horas por tres veces a la semana. En cambio, en la diálisis peritoneal el peritoneo actúa como membrana semipermeable; aquí se utiliza un catéter percutáneo que es introducido en dicha cavidad junto con la solución dializante.

El último de los tratamientos es recurrir al trasplante renal, debido a que se obtiene una mejor calidad de vida y mayores posibilidades de rehabilitación.

De acuerdo con Venado et al. (2009) existen tres tipos de tratamiento llamados terapia de reemplazo renal, estos son:

- *Hemodiálisis*

Se utiliza un circuito extracorpóreo para eliminar sustancias tóxicas y exceso de líquido. Para este tratamiento se utiliza un dializador, un sistema de transporte y la composición del líquido de diálisis; la sangre se pone en contacto con éste último a través de una membrana semipermeable. Este tratamiento se utiliza cuando aún hay



funcionamiento renal residual suficiente como para que no haya una uremia manifiesta. Esta técnica sigue un régimen de 5 horas 3 veces a la semana.

- *Diálisis Peritoneal*

En este tratamiento se utiliza una bolsa la cual contiene el líquido de diálisis, se conecta a un catéter a través del cual se introduce el líquido a la cavidad abdominal.

Dentro del abdomen se lleva a cabo la diálisis y posteriormente el líquido con los desechos se drena a una bolsa de salida. En este tratamiento existen dos tipos diferentes de diálisis: diálisis peritoneal continúa ambulatoria (DPCA) y la diálisis peritoneal automatizada o ciclada (DPA). La DPCA es un procedimiento que la persona puede realizar por sí misma, puesto que es muy sencillo, a partir de un entrenamiento adecuado; por lo general se realizan de tres a cuatro recambios al día con una duración de 4 a 6 horas durante el día y de 8 a 9 horas durante la noche. Respecto a la DPA las personas realizan de tres a siete ciclos durante un periodo de 9 horas en la noche. La situación socioeconómica del paciente y la capacidad que tienen para realizar dicho procedimiento son factores importantes al momento de prescribir la diálisis peritoneal.

- *Trasplante Renal:*

Consiste en colocar un riñón de otra persona en el cuerpo de la persona enferma mediante una cirugía. Este tipo de tratamiento es el único que realmente previene el desarrollo de la uremia. Cabe destacar que no todos los pacientes son candidatos al trasplante, Bunnapradist (citado por Venado et al. 2009) da ciertos puntos por los cuales los pacientes no pueden someterse a la cirugía, estos son: su esperanza de vida es menor a 2 años, enfermedades sistémicas incorregibles con corta esperanza de vida, falla renal reversible, historia reciente de cáncer o malignidad intratable, enfermedad psiquiátrica grave y abuso de sustancias, falta de apego al tratamiento, infección crónica o activa, oxalosis primaria y potencial de rehabilitación limitado. García (citado por Venado et al. 2009) menciona que si el paciente padece una enfermedad cardiovascular no controlada tampoco es candidato a dicho trasplante. En general se debe considerar la

condición general del paciente como sus enfermedades para estimar su probable sobrevida.

Arbeláez et al. (recuperado el 01 de marzo de 2017) menciona que el primer tratamiento que deben recibir las personas con IRC debe estar centrado en medidas para tratar de disminuir la velocidad de la progresión de dicha enfermedad. Asimismo, menciona que se puede dividir en dos etapas el manejo de las personas con IRC.

La primera fase corresponde al manejo entre el inicio de la enfermedad y la fase terminal, en esta fase se tiene por objeto disminuir la velocidad de la progresión y a su vez retardar la necesidad de terapia de remplazo renal, se debe controlar las alteraciones metabólicas o endocrinas desencadenadas por la pérdida de las funciones renales, que a su vez desencadenará un deterioro a nivel de varios sistemas, como cardiovascular, hematológico, osteomuscular y neurológico.

Respecto a la segunda fase, la cual corresponde a la fase terminal de la IRC, ya se utiliza la terapia de remplazo renal, ya sea diálisis o trasplante renal para sustituir las funciones renales y evitar la muerte del paciente.

Al elegir el tipo de diálisis se toman en cuenta varios factores como enfermedades coexistentes, situaciones vitales, y sociales de cada paciente; también se considera la preferencia del paciente como de su familia, la capacidad para efectuar el procedimiento, costos, limitaciones anatómicas como hernias, lesiones vertebrales y limitaciones fisiológicas como el transporte peritoneal (Lampreabe; Muñiz; Zárraga; Montoliu; Lorenzo; Diaz-Buxo; et al. Citados por Torres, 2013).

Con lo que respecta a la hemodiálisis, este es el procedimiento más utilizado y se considera una diálisis más adecuada. Finalmente, el trasplante renal se considera como el tratamiento de elección por diferentes razones, esta elección depende de factores culturales, socioeconómicos, legales y religiosos (Torres, 2013).

Según Waechter y Blake (1978) se emplean tres tipos diferentes de tratamiento; el primero es la *diálisis*, este es un procedimiento el cual consiste en separar substancias en solución a través de una membrana permeable. Consiste en eliminar la toxina o toxinas urémicas de los líquidos corporales al permitir que la sangre se equilibre, a través de una membrana semipermeable, con líquidos en los que no se encuentren estas toxinas.

El segundo es la *hemodiálisis*, este tratamiento se ha considerado como sostén hasta que se encuentre un donador para el trasplante renal; consiste en hacer pasar la sangre a lado de una membrana semipermeable para que ésta se equilibre con el líquido de diálisis que se encuentra al otro lado de la misma. La hemodiálisis se puede llevar a cabo tres veces a la semana. Finalmente se encuentra el *trasplante renal* que es la implantación de un riñón sano a la persona con IRC. Este trasplante se puede hacer de personas vivas emparentadas o a partir de un cadáver donador poco después de su muerte. Las personas con trasplantes renales deben tomar fármacos de por vida para suprimir el rechazo del riñón.

Como conclusión se puede entender que las personas al ser diagnosticadas con alguna enfermedad crónica degenerativa, en este caso con Insuficiencia Renal Crónica, en la mayoría de las ocasiones presenta ansiedad acompañada de depresión, ya sea una en mayor nivel que la otra, pues son demasiados cambios para su vida personal como para la vida en familia, puesto que al recibir cualquiera de los tres tratamientos la vida de él como de su familia cambia por completo, pues se tienen que “entregar” al tratamiento de la persona para poder manejar la enfermedad lo mejor posible.

La capacidad que tengan para afrontar esta enfermedad, es decir, la capacidad de resiliencia que tengan frente a este diagnóstico va a depender demasiado para poder seguir adelante con su enfermedad, pues si bien necesitan el apoyo de su familia, las personas también deben de tener el deseo y el pensamiento positivo de querer salir adelante y continuar con sus metas y deseos en la vida, pero siempre y cuando tomando en cuenta sus nuevas limitaciones.

Es difícil enfrentarse a este nuevo estilo de vida, por así decirlo, pues muchos hábitos que ellos tenían, desde su alimentación como sus actividades cotidianas, cambian radicalmente, podría decirse que se enfrentan a un duelo por pérdida de su salud.

## MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

### Planteamiento del Problema

La Enfermedad Renal Crónica puede ser un suceso estresante que afecta tanto a la persona con dicho diagnóstico como a su familia, ya que deberán ajustarse a una nueva forma de vida (Páez; et al., 2008).

Una persona diagnosticada con IRC puede comenzar a pensar sobre que pasara con su vida a futuro, pensar que tendrán que someterse a un tratamiento de por vida, si tendrán que estar a la espera de un riñón y finalmente el pensamiento sobre la muerte, puede generar ciertos niveles de ansiedad y depresión que pueden variar según el sexo, la edad y su tiempo de diagnóstico, pero la capacidad de ser una persona resiliente también puede variar según los criterios ya mencionados.

Esto mismo se sustenta a partir de lo que menciona Muñoz (et al. 2010) ya que a parte de los problemas físicos y el sometimiento a un tratamiento las personas “se encuentran expuestos a varios tipos de estrés psicológico como la dependencia del procedimiento, las exigencias del cumplimiento de un régimen dietético y la toma de medicación; las pérdidas varias que sufren (trabajo, libertad, esperanza de vida, etc.), y la disfunción sexual asociada. La respuesta psicológica de cada paciente dependerá de su personalidad, del grado de apoyo familiar y social y del curso de la enfermedad”.

Es a partir de ello que la presente investigación pretende dar respuestas a las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cuál será la relación entre ansiedad, depresión y resiliencia en personas con IRC que asisten a un hospital público?
- ¿Existirá alguna diferencia entre ansiedad, depresión y resiliencia en hombres y mujeres con IRC?

- ¿Existirá alguna diferencia entre ansiedad, depresión y resiliencia según la edad en personas con IRC?
- ¿Existirá alguna diferencia entre ansiedad, depresión y resiliencia en personas con IRC a partir del tiempo de diagnóstico?

### **Objetivos Generales**

- Determinar la relación que existe entre ansiedad, depresión y resiliencia en personas con IRC que asisten a un hospital público.
- Comparar ansiedad, depresión y resiliencia por sexo, edad y tiempo de diagnóstico en personas con IRC que asisten a un hospital público.

### **Objetivos específicos**

- Determinar la relación entre ansiedad y depresión en personas con IRC.
- Determinar la relación entre ansiedad y resiliencia en personas con IRC.
- Determinar la relación entre resiliencia y depresión en personas con IRC.
- Comparar ansiedad, depresión y resiliencia entre hombres y mujeres con IRC.
- Comparar ansiedad, depresión y resiliencia según la edad en personas con IRC.
- Comparar ansiedad, depresión y resiliencia en personas con IRC a partir del tiempo de diagnóstico.

## Tipo de Estudio

Para realizar esta investigación se llevó a cabo un estudio comparativo de tipo transversal ya que Coolican (1997, p. 191) lo define como “un estudio que abarca diversos grupos, comúnmente de diferentes edades, en un momento específico”. Asimismo fue un estudio de alcance correlacional puesto que este tuvo como finalidad “conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular” (Hernández, Fernández y Baptista 2014, p. 93)

En dicha investigación se relacionó la ansiedad, depresión y resiliencia en personas con IRC y se comparó ansiedad, depresión y resiliencia de acuerdo al sexo, edad y tiempo de diagnóstico igualmente en personas con IRC.

## Variables

Ansiedad, depresión, resiliencia, sexo, edad y tiempo de diagnóstico.

- *Ansiedad*

### DEFINICIÓN CONCEPTUAL

La *Ansiedad* es una emoción o afecto que aparece ante cualquier evento que amenace la identidad o integridad del Yo. Es una reacción adaptativa ante dichas amenazas utilizando mecanismos de lucha o huida para sobrevivir (Vallejo; Gastó, 1990).

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

Para medir *Ansiedad* se utilizó el Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE) ya que cuyo objetivo es evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad, Ansiedad como Rasgo, que define cómo se siente la persona generalmente y Ansiedad como Estado, que define cómo se siente la persona en ese momento; cada una de ellas con 20 cuestiones (Spielberger C., y Guerrero R.).

– *Depresión*

#### DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Según Beck (citado por Dahab; Rivadeneira; Minici., 2002) el paciente con depresión tiene su propio esquema, el cual involucra una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro. Se percibe como alguien incapaz, inútil, despreciable o defectuoso; interpreta en términos de daños y pérdidas la mayoría de sus experiencias vitales; es una persona que se siente desesperanzada y por lo tanto cree que las situaciones que están por venir serán incontrolables, entonces responde con pasividad y se resigna a no poder modificarlas.

#### DEFINICIÓN OPERACIONAL

La *Depresión* se midió a través del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II); ya que su objetivo es identificar y medir la gravedad de síntomas típicos de la depresión en adultos y adolescentes a partir de 13 años. Consta de 21 ítems, los cuales miden tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida del placer, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, desvalorización, pérdida de energía, cambios en los hábitos de sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultad de concentración, cansancio o fatiga y pérdida de interés en el sexo (Beck A., Steer R., y Brown G., 2009).

– *Resiliencia*

#### DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Según la RAE se define como "capacidad de adaptación de un ser vivo frente a un agente perturbador o un estado o situación adversos".

González Arratia (2016) concibe a la resiliencia como "capacidad para adaptarse y ajustarse a través de la combinación y/o interacción entre los atributos del individuo



(internos) y su ambiente familiar, social y cultural (externos), que lo posibilitan para superar el riesgo y la adversidad de forma constructiva”.

#### DEFINICIÓN OPERACIONAL

La *Resiliencia* se midió mediante el Cuestionario de Resiliencia de González Arratia (2016); ya que cuyo objetivo es evaluar la forma de pensar y actuar ante la vida durante una situación de crisis. Consta de 32 ítems divididos en tres factores, los cuales son: factores protectores internos, factores protectores externos y empatía. (González Arratia, 2011)

#### – Sexo

#### DEFINICIÓN CONCEPTUAL

*Sexo* es la condición orgánica, masculina o femenina, de los animales o las plantas (Real Academia Española [RAE]).

#### DEFINICIÓN OPERACIONAL

El *Sexo* se midió a través de la instrucción de tachar una “M” si es Masculino o una “F” si es Femenino.

#### – Edad

#### DEFINICIÓN CONCEPTUAL

*Edad* es el tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales (RAE).

#### DEFINICIÓN OPERACIONAL

La *Edad* se midió a través de haber solicitado que colocaran los años cumplidos que tenían hasta ese día de la aplicación.

- *Tiempo de Diagnóstico*

#### DEFINICIÓN CONCEPTUAL

*Tiempo de diagnóstico* es el tiempo que transcurre desde la fecha del diagnóstico o el comienzo del tratamiento de una enfermedad hasta que esta empieza a empeorar o diseminarse a otras partes del cuerpo (Instituto Nacional del Cáncer).

#### DEFINICIÓN OPERACIONAL

El *Tiempo de diagnóstico* se midió a través de solicitar que escribieran los meses que llevaban con dicho diagnóstico de IRC hasta ese día de la aplicación.

#### Participantes

Se trabajó con una muestra no probabilística intencional de 80 personas, siendo 50 hombres y 30 mujeres quienes cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

1. Haber sido diagnosticado con Insuficiencia Renal Crónica por una Institución.
2. Tener entre 18 y 69 años de edad.

Las personas manifestaron tener entre 2 y 228 meses con dicho diagnóstico y firmaron una carta de consentimiento informado (ver Anexo) donde aceptaron que los datos proporcionados serían utilizados con fines de investigación y su tratamiento no se vería comprometido si aceptaba responder o no los cuestionarios otorgados.

#### Instrumentos

NOMBRE: INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO-ESTADO (IDARE)

AUTORES: C.D. Spielberger, y R. Díaz-Guerrero

APLICACIÓN: Individual y colectiva

DURACIÓN: Variable, aproximadamente 20 minutos.

ÁMBITOS DE APLICACIÓN: Clínica

EDAD: Adolescentes y Adultos

MATERIAL: Manual (Incluye bases teóricas, descripción, normas de aplicación e interpretación y fundamentación estadística; Ejemplar de la prueba impreso por ambas caras y Plantilla de corrección.

DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA: Su objetivo es evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad, cada una de ellas con 20 cuestiones.

*Ansiedad como Rasgo (A/R)*: señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras.

*Ansiedad como Estado (A/E)*: evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo.

CONFIABILIDAD: Se trabajó con un TEST-RETEST del IDARE con estudiantes universitarios quienes recibieron el retest después de una hora, fueron expuestos sucesivamente durante el intervalo entre una y otra aplicación, a las siguientes condiciones experimentales: un periodo breve de entrenamiento en relajación, una prueba difícil para medir el cociente intelectual y una película en la cual se presentaron accidentes en los que se produjeron lesiones graves o la muerte de los participantes.

Dada la naturaleza transitoria de los estados de ansiedad, las medidas de consistencia interna, tales como el coeficiente alfa. Proveen un índice más adecuado de la confiabilidad de las escalas A-Estado que las correlaciones de test-retest. Los coeficientes alfa para las escalas del IDARE fueron calculados a partir de la formula K-R 20 con la modificación introducida por Cronbach (1951) utilizando las muestras normativas. Estos coeficientes de confiabilidad que variaron de .83 a .92 entre A-Estado y A-Rasgo que resultaron igualmente altos. Así pues, la consistencia interna de las dos escalas del IDARE es bastante buena. (Spielberger C.D.; Díaz-Guerrero R., 2009)

VALIDEZ: El IDARE provee medidas operacionales de ansiedad-estado y ansiedad-rasgo tal cual estas locuciones empíricas fueron definidas con anterioridad. En la construcción del IDARE se requirió que los reactivos individuales llenaran los criterios de validez prescritos, para la ansiedad-estado y para la ansiedad-rasgo, en cada una de las etapas del proceso de construcción del inventario a fin de poder ser conservados para la

evaluación y validación. Ver Spielberger & Gorsuch, (1966), Spielberger, et.al. (1968). (Spielberger C.D.; Díaz-Guerrero R., 2009)

**FORMA DE CALIFICACIÓN:** La dispersión de posibles puntuaciones para el “Inventario de Autoevaluación” del IDARE varía desde una puntuación mínima de 20, hasta una puntuación máxima de 80, tanto en la escala A-Estado como en la escala A-Rasgo. Los sujetos responden a cada uno de los reactivos del IDARE valorándose ellos mismos en una escala de cuatro puntos. Las cuatro categorías para la escala A-Estado son: 1. No en lo absoluto; 2. Un poco; 3. Bastante y 4. Mucho. Las categorías para la escala A-Rasgo son: 1. Casi nunca; 2. Algunas veces; 3. Frecuentemente y 4. Casi siempre.

Algunos reactivos del IDARE se formularon de tal manera que una valoración (4) indica un alto nivel de ansiedad, mientras que otros reactivos se formularon de tal manera, que una valoración alta indica muy poca ansiedad. El valor numérico de las calificaciones para los reactivos en los cuales las valoraciones altas indican gran ansiedad son los mismos representados por el número que se haya sombreado. Para aquellos reactivos e los cuales una valoración alta indica poca ansiedad el valor numérico de la calificación es inverso. Así pues, el valor numérico de la calificación para las respuestas marcadas 1, 2, 3, o 4, en el caso de los reactivos inversos, viene a ser de 4, 3, 2, y 1 respectivamente.

Los reactivos invertidos de las escalas del IDARE son los siguientes:

Escala A-Estado: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, y 20

Escala A-Rasgo: 1, 6, 7, 10, 13, 16 y 19

Hay plantillas para la calificación manual de las escalas A-Rasgo y A-Estado del IDARE. Para calificar cada escala, simplemente se coloca la plantilla sobre el protocolo y se dan los valores numéricos de la respuesta que aparecen impresos en la clave de cada reactivo. Esto se hace de manera más conveniente con un contador de mano simple, también se puede sumar mentalmente o utilizar una máquina calculadora mecánica o electrónica; es importante cerciorarse que se esta utilizando la plantilla correcta para calificar los protocolos de las escalas A-Estado y A-Rasgo IDARE. Las calificaciones finales de cada escala pueden ser registradas en cualquier lugar conveniente del protocolo.

**INTERPRETACIÓN:** A fin de encontrar un rango percentil en los cuadros de las normas, que corresponda a una puntuación obtenida por un individuo en la escala A-Estado o A-

Rasgo, se recomienda determinar la muestra normativa que parece ser la más apropiada para el caso en cuestión (adolescente o adulto, varón o mujer) y se consulta la tabla 9 (Baremos) para ésta muestra. Se busca la puntuación e bruto obtenida, en las columnas centrales del cuadro. Finalmente se lee el decapito o el rango percentil que corresponde al sujeto en la columna apropiada.

**NOMBRE:** INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)

**AUTOR:** A. T. Beck, R. A. Steer, G. K. Brown

**APLICACIÓN:** Individual, colectiva. Autoadministrable.

**DURACIÓN:** 5 a 10 minutos.

**ÁMBITOS DE APLICACIÓN:** Clínico, forense e investigación aplicada.

**EDAD:** Adolescentes y adultos (13 años en adelante)

**MATERIAL:** Manual y protocolos

**DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA:** La prueba, que consta de 21 ítems, tiene como objetivo identificar y medir la gravedad de síntomas típicos de la depresión en adultos y adolescentes a partir de 13 años. Los ítems del BDI-II son consistentes con los criterios recogidos en el DSM-IV para el diagnóstico de los trastornos depresivos.

**CONFIABILIDAD:** Se trabajó con dos muestras, una de pacientes y otra de estudiantes universitarios; tanto en la muestra de pacientes como en la de estudiantes, todas las correlaciones ítem-total para los 21 ítems del BDI-II fueron significativamente superiores al nivel de 0.5 (test unilateral), incluso después de utilizarse un ajuste Bonferroni (alfa/21) para controlar la tasa de error por familiaridad en cada muestra. . (Beck A., Steer R., y Brown G., 2009).

**VALIDEZ:** Tal como se indicó anteriormente, el BDI-II fue desarrollado especialmente para evaluar los síntomas de depresión según los criterios para trastornos depresivos del DSM-IV. Es por eso que se reformularon y se agregaron nuevos ítems para evaluar de manera más completa los criterios de depresión del DSM-IV. (Beck A., Steer R., y Brown G., 2009).

**FORMA DE CALIFICACIÓN:** La puntuación del BDI-II se determina mediante la suma de las elecciones para los 21 ítems. Cada ítem es valuado según una escala de cuatro puntos, de 0 a 3. Si un examinado hizo elecciones múltiples para un ítem, se utiliza la alternativa con el valor más alto. La puntuación máxima es 63.

Se debe prestar especial atención a la puntuación correcta de Cambios en los Hábitos de Sueño (ítem 16) y Cambios en el Apetito (ítem 18).

**INTERPRETACIÓN:** El rango de las puntuaciones va de 0 a 63 puntos. Cuanto más alta sea la puntuación, mayor será la severidad de los síntomas depresivos. Se establecen cuatro grupos en función de la puntuación total: 0-13 mínima depresión; 14-19 depresión leve; 20-28 depresión moderada; y 29-63 depresión grave.

**NOMBRE:** CUESTIONARIO DE RESILIENCIA

**AUTOR:** González-Arratia, L. F. N. I.

**APLICACIÓN:** Individual o colectiva

**DURACIÓN:** Aproximadamente 20 minutos

**ÁMBITO DE APLICACIÓN:** Niños, adolescentes y adultos

**MATERIAL:** Cuestionario

**DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA:** El cuestionario es un instrumento de autoinforme que consta de 32 ítems con opciones de respuesta tipo Likert de cinco puntos, indicando el 1 como "nunca" y el 5 como "siempre", se encuentra dividido en tres dimensiones, siendo las siguientes: **FACTORES PROTECTORES INTERNOS:** se refiere a las funciones que se relacionan con habilidades para la solución de problemas; **FACTORES PROTECTORES EXTERNOS:** se refieren a la posibilidad de contar con apoyo de la familia y/o personas significativas para el individuo; **EMPATÍA:** se refiere a comportamiento altruista y prosocial.

**CONFIABILIDAD:** Puede ser usado en niños de entre 7 y 15 años; en algunos casos ya ha sido aplicado a individuos de mayor edad y resultado conveniente (González Arratia, Valdez y Oudhof, 2009). Su Alpha de Cronbach es de 0.9192.

VALIDEZ: La prueba incluye las habilidades, actitudes y atributos clave que se encuentran en las personas resilientes y ayudará a identificar las áreas en las que se es fuerte y las áreas que se necesita reforzar.

FORMA DE CALIFICACIÓN: Para calificar el cuestionario, los valores para cada opción de respuesta es el siguiente: Siempre (5), Mayoría de las veces (4), Indeciso (3), Algunas veces (2) y Nunca (1). Para obtener el valor de cada factor, sume los reactivos de cada uno.

FACTORES PROTECTORES INTERNOS: 25, 21, 20, 27, 24, 18, 17, 30, 28, 26, 23, 29, 31, 32

FACTORES PROTECTORES EXTERNOS: 13, 15, 12, 4, 14, 16, 10, 6, 1, 11, 5

EMPATÍA: 22, 19, 7, 8, 9, 2, 3

INTERPRETACIÓN: La puntuación mínima es de 32 y la máxima es de 160. Resiliencia baja: 32-74 puntos, Resiliencia moderada: 75-117 puntos y Resiliencia alta: 118-160 puntos.

Para las variables *Sexo*, *Edad* y *Tiempo de diagnóstico* se elaborará una ficha de identificación donde se le solicitará a la persona que marque con una "X" la letra "M" si es un Hombre o la letra "F" si es una mujer, asimismo, que escribirá los años cumplidos que tiene hasta ese día de la aplicación en el apartado de Edad, y finalmente, escribirá los años que lleva con el diagnóstico de IRC hasta ese momento.

## Hipótesis

- $H_i$ : Existe relación entre ansiedad y depresión en personas con IRC que asisten a un hospital público.
- $H_o$ : No existe relación entre ansiedad y depresión en personas con IRC que asisten a un hospital público.
  
- $H_i$ : Existe relación entre ansiedad y resiliencia en personas con IRC que asisten a un hospital público.
- $H_o$ : No existe relación entre ansiedad y resiliencia en personas con IRC que asisten a un hospital público.

- $H_i$ : Existe relación entre resiliencia y depresión en personas con IRC que asisten a un hospital público.
- $H_o$ : No existe relación entre resiliencia y depresión en personas con IRC que asisten a un hospital público.
  
- $H_i$ : Existe diferencia estadísticamente significativa en cuanto a ansiedad, depresión y resiliencia entre hombres y mujeres con IRC.
- $H_o$ : No existe diferencia estadísticamente significativa en cuanto a ansiedad, depresión y resiliencia entre hombres y mujeres con IRC.
  
- $H_i$ : Existe diferencia estadísticamente significativa en cuanto a ansiedad, depresión y resiliencia según la edad en personas con IRC.
- $H_o$ : No existe diferencia estadísticamente significativa en cuanto a ansiedad, depresión y resiliencia según la edad en personas con IRC.
  
- $H_i$ : Existe diferencia estadísticamente significativa en cuanto a ansiedad, depresión y resiliencia en personas con IRC a partir del tiempo de diagnóstico.
- $H_o$ : No existe diferencia estadísticamente significativa en cuanto a ansiedad, depresión y resiliencia en personas con IRC a partir del tiempo de diagnóstico.

## Diseño de Investigación

Se trabajó con un diseño no experimental el cual se define como un “estudio que se realiza sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos” (Hernández et al. 2014, p. 152).

Asimismo fue un estudio transversal el cual consiste en un diseño de investigación donde se “recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único (Liu, 2008 y Tucker, 2004; citados por Hernández et al. 2014). Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (Hernández et al. 2014, p.154).



Por último, el diseño de esta investigación fue descriptivo ya que “indagan la incidencia de las modalidades, categorías o niveles de una o más variables en una población, son estudios puramente descriptivos” (Hernández et al. 2014, p. 155).

Para llevar a cabo la presente investigación los pasos que se siguieron fueron:

1. Elección y definición el tema a investigar.
2. Recopilación de información sobre el tema a investigar.
3. Elección de los participantes con los que se llevó a cabo la investigación.
4. Elección de los instrumentos a ocupar para dicha investigación.
5. Realización de la solicitud de permiso en la Institución para aplicar los instrumentos con los participantes elegidos.
6. Posterior a la aplicación, los resultados obtenidos de los instrumentos se colocaron en una base de datos utilizando el programa SPSS.
7. Se analizaron los datos a partir de esta base de datos.
8. Se interpretaron los resultados.
9. Se realizó la discusión de los resultados.
10. Las conclusiones formuladas se hicieron a partir de los resultados y la discusión obtenida.
11. Integración de borrador.

## **Captura de Información**

Se solicitó permiso en una Institución donde se atienden a personas con IRC, para llevar a cabo la aplicación del IDARE, BDI-II y CUESTIONARIO DE RESILIENCIA; a partir de esto se recolectó la información necesaria para continuar con la investigación.

Se les entregó una carta de consentimiento a los participantes; la cual fue descrita anteriormente.

## **Procesamiento de Información**

El procesamiento de información se realizó a través de estadística inferencial por medio del programa SPSS utilizando Desviación Estándar, Media, t de Student, Pearson, Análisis de Varianza y Prueba de hipótesis para el procesamiento de datos y obtención de resultados.

## RESULTADOS

Para verificar si existe relación o no entre las variables ansiedad, depresión y resiliencia, se utilizó la correlación de Pearson, las siguientes tres tablas explican los resultados obtenidos.

La Tabla 1 muestra la correlación entre Ansiedad y Depresión; en esta se observa que existe una magnitud moderada así como una relación en lo que corresponde a Depresión y Ansiedad Rasgo, es decir, a mayor depresión, mayor ansiedad rasgo. Asimismo existe una magnitud muy baja en cuanto a Depresión y Ansiedad Estado y por lo tanto no existe una relación entre estas variables.

-Tabla 1.

*Correlación entre Ansiedad y Depresión*

	<i>Ansiedad</i>	<i>Estado</i>	<i>Rasgo</i>
<i>Depresión</i>			
		r: .083	r: .482
<i>Depresión</i>		p: .462	p: .000

La siguiente tabla muestra la correlación entre Ansiedad y Resiliencia y en la cual se puede observar que existe una magnitud de muy baja a baja entre cada factor que compone la resiliencia y los dos tipos de Ansiedad que fueron evaluados, sin embargo sólo existe relación entre Ansiedad Estado, Factor Interno y Empatía (ver Tabla 2).

-Tabla 2.

*Correlación entre Ansiedad y Resiliencia*

<i><b>Ansiedad</b></i>	<i><b>Estado</b></i>	<i><b>Rasgo</b></i>
<i><b>Resiliencia</b></i>		
<i><b>Factor Interno</b></i>	r: .230 p: .040	r: .191 p: .089
<i><b>Factor Externo</b></i>	r: .023 p: .842	r: .058 p: .608
<i><b>Empatía</b></i>	r: .241 p: .031	r: .136 p: .230

Finalmente la Tabla 3 muestra la correlación entre Resiliencia y Depresión, en la cual se puede observar que existe una magnitud negativa baja entre los tres factores que componen a la Resiliencia y Depresión, asimismo se muestra que si existe una relación entre cada uno de estos factores y Depresión, es decir, a mayor depresión menor resiliencia.

-Tabla 3.

*Correlación entre Resiliencia y Depresión*

<b>Resiliencia</b>	<b>Factor Interno</b>	<b>Factor Externo</b>	<b>Empatía</b>
<b>Depresión</b>			
	r: -.328	r: -.256	r: -.267
<b>Depresión</b>	p: .003	p: .022	p: .016

Para realizar el análisis sobre la comparación entre las variables anteriormente mencionadas con respecto al Sexo, Edad y Tiempo de Diagnóstico, se utilizó t de Student y Análisis de Varianza; las siguientes tablas exponen los resultados obtenidos.

En la siguiente tabla sobre la comparación de Ansiedad respecto al Sexo no se muestra una diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres y los dos componentes de la Ansiedad que fueron medidos en este estudio (ver Tabla 4).

-Tabla 4.

*Comparación de Ansiedad respecto al Sexo*

<b>Sexo</b>	<b>Hombres</b>		<b>Mujeres</b>		<b>t</b>	<b>p</b>
	<b>M</b>	<b>DE</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>		
<b>Ansiedad</b>						
<b>Estado</b>	1.32	.389	1.35	.389	-.305	.761
<b>Rasgo</b>	1.49	.380	1.55	.444	-.547	.586

En lo que respecta a la variable de Depresión, como se observa en la siguiente tabla, no existe diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres; aunque en esta investigación, los hombres presentaron mayor depresión que las mujeres, pero no obtiene un valor significativo (ver Tabla 5).

-Tabla 5.

*Comparación de Depresión respecto al Sexo*

<b>Sexo</b>	<b>Hombres</b>		<b>Mujeres</b>		<b>t</b>	<b>p</b>
	<b>M</b>	<b>DE</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>		
<b>Depresión</b>						
<b>Depresión</b>	1.72	.482	1.55	.480	.150	.136

En la siguiente tabla se comparan los tres factores correspondientes a la Resiliencia, Factor Interno, Factor Externo y Empatía junto con el Sexo; en todos los

casos no existe una diferencia estadísticamente significativa, sin embargo, las mujeres presentaron un nivel más alto en los tres factores de resiliencia pero no resulta ser significativo (ver Tabla 6).

-Tabla 6.

*Comparación de Resiliencia respecto al Sexo*

<b>Sexo</b>	<b>Hombres</b>		<b>Mujeres</b>		<b>t</b>	<b>p</b>
	<b>M</b>	<b>DE</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>		
<b>Resiliencia</b>						
<b>Factor Interno</b>	4.33	.587	4.46	.560	-.981	.330
<b>Factor Externo</b>	4.32	.538	4.43	.514	-.918	.361
<b>Empatía</b>	4.13	.830	4.41	.705	-1.55	.123

Para realizar la comparación por edad se dividió a los participantes en tres grupos, el primero se agrupo de los 18 a los 39 años, el segundo de 40 a 49 años y el tercero de 50 a 69 años.

La tabla de comparación por edad respecto a la Ansiedad muestra que si existe una diferencia estadísticamente significativa entre Ansiedad Rasgo y la edad, presentando el nivel más alto las personas que se encuentran en un rango de edad entre 50-69 años; y en lo que respecta a la Ansiedad Estado no se encontró diferencia estadísticamente significativa (ver Tabla 7).

-Tabla 7.

*Comparación por edad respecto a la Ansiedad*

<i>Ansiedad</i>	<i>Edad</i>		<i>18-39 años</i>		<i>40-49 años</i>		<i>50-69 años</i>	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Estado</i>	1.28	.361	1.26	.371	1.48	.421	2.41	.096
<i>Rasgo</i>	1.43	.350	1.50	.233	1.70	.499	3.97	.023

En cuanto a la variable de Depresión comparada con la edad, se muestra que no existe diferencia estadísticamente significativa, sin embargo, los que presentaron un nivel mayor de Depresión en esta investigación son las personas que se encuentran entre 50 y 69 años pero esta no es una diferencia significativa (ver Tabla 8).

-Tabla 8.

*Comparación por edad respecto a la Depresión*

<i>Depresión</i>	<i>Edad</i>		<i>18-39 años</i>		<i>40-49 años</i>		<i>50-69 años</i>	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Depresión</i>	1.65	.466	1.46	.394	1.73	.548	1.07	.348



En la siguiente tabla se observa que si existe diferencia estadísticamente significativa en cuanto al Factor Interno y Empatía de la Resiliencia y los tres grupos de edad en que se clasificaron a los participantes. Asimismo, el Factor Externo no presenta una diferencia estadísticamente significativa; cabe resaltar que las personas que presentan los mayores niveles en estos factores son las que se encuentran en un rango de edad entre 50 y 69 años (ver Tabla 9).

-Tabla 9.

*Comparación por edad respecto con la Resiliencia*

<i>Edad</i>	<i>18-39 años</i>		<i>40-49 años</i>		<i>50-69 años</i>			
<i>Resiliencia</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Factor Interno</i>	4.22	.529	4.32	.630	4.72	.522	6.75	.002
<i>Factor Externo</i>	4.29	.549	4.38	.345	4.52	.528	1.41	.248
<i>Empatía</i>	3.99	.817	4.30	.837	4.73	.414	8.17	.001

Para realizar el último análisis que fue respecto al Tiempo de Diagnóstico (T. Dx), se dividieron a los participantes en cuatro grupos, el primero abarca de los 2 a los 12 meses de diagnóstico, el segundo de los 18 a los 48 meses, el tercero de 60 a 120 meses y finalmente de 132 a 228 meses de diagnóstico.

La comparación que se realizó entre la Ansiedad y el Tiempo de Diagnóstico muestra que no existe diferencia estadísticamente significativa en ninguno de los dos tipos de Ansiedad y con el Tiempo de Diagnóstico, pero los que presentaron niveles más

altos en los dos tipos de Ansiedad fueron las personas que tienen entre 18 y 48 meses de diagnóstico, sin embargo estos no fueron significativos (ver Tabla 10).

-Tabla 10.

*Comparación por Tiempo de Diagnóstico (T. Dx) respecto a la Ansiedad*

<i>Ansiedad</i>	<i>T. Dx 2-12 meses</i>		<i>18-48 meses</i>		<i>60-120 meses</i>		<i>132-228 meses</i>		<i>F</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
<i>Estado</i>	1.22	.336	1.43	.304	1.36	.530	1.26	.419	1.53	.213
<i>Rasgo</i>	1.49	.358	1.59	.325	1.47	.577	1.31	.104	.708	.550

En lo que respecta a la variable de Depresión, los resultados indican que no existe diferencia significativa en cuanto al Tiempo de Diagnóstico, a excepción de las personas que se encuentran entre los 18 y 48 meses con el diagnóstico de IRC, pues ellos son los que puntuaron niveles más altos en dicha variable pero no es un nivel tan significativo (ver Tabla 11).

-Tabla 11.

*Comparación por Tiempo de Diagnóstico (T. Dx) respecto con la Depresión*

<i>Depresión</i>	<i>T. Dx 2-12 meses</i>		<i>18-48 meses</i>		<i>60-120 meses</i>		<i>132-228 meses</i>		<i>F</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
<i>Depresión</i>	1.67	.485	1.70	.514	1.57	.478	1.55	.309	.319	.811

La última tabla, la cual compara el Tiempo de Diagnóstico y Resiliencia muestra que si existe diferencia estadísticamente significativa en cuanto a los tres Factores que abarcan la Resiliencia y el Tiempo de Diagnóstico, puntuando niveles más altos las personas que se encuentran con un diagnóstico de IRC desde hace 60 a 120 meses (ver Tabla 12).

-Tabla 12.

*Comparación por Tiempo de Diagnóstico (T. Dx) respecto con la Resiliencia*

<b>Resiliencia</b>	<b>T. Dx 2-12 meses</b>		<b>18-48 meses</b>		<b>60-120 meses</b>		<b>132-228 meses</b>		<b>F</b>	<b>p</b>
	<b>M</b>	<b>DE</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>		
<b>Factor Interno</b>	4.33	.586	4.33	.537	4.62	.462	3.73	1.06	2.64	.050
<b>Factor Externo</b>	4.26	.547	4.37	.562	4.60	.303	3.81	.655	2.92	.039
<b>Empatía</b>	3.92	.981	4.35	.676	4.52	.521	4.28	.515	2.70	.051

## DISCUSIÓN

La Psicología de la Salud se encuentra trabajando específicamente con enfermedades agudas así como con enfermedades crónicas, en este caso, dicha investigación se centra en enfermedades crónicas y más en específico en la Insuficiencia Renal Crónica.

Cabe resaltar que en estas enfermedades crónicas se encuentra una estrecha relación con factores psicológicos y sociales, y es por ello que el psicólogo de la salud ayuda al enfermo en este aspecto, puesto que como es una enfermedad que no se cura sino solo se controla, en dado momento la cuestión emocional se verá involucrada; asimismo este psicólogo ayuda al enfermo a ajustarse psicológica y socialmente (Taylor, 2007).

Finalmente, las enfermedades crónicas también afectan al funcionamiento de la familia, en este caso, el psicólogo de la salud explora y ayuda tanto con el manejo como con los problemas que puedan surgir en el funcionamiento familiar (Taylor, 2007).

A partir de los resultados analizados anteriormente se puede decir que se cumple con el objetivo de determinar la relación existente entre ansiedad, depresión y resiliencia en personas con IRC, así como el objetivo de comparar ansiedad, depresión y resiliencia por Sexo, Edad y Tiempo de Diagnóstico.

Lo que respecta a las hipótesis solamente se aceptaron cinco, las cuales son las siguientes:

- H<sub>i</sub>: Existe relación entre ansiedad y depresión en personas con IRC que asisten a un hospital público.

- H<sub>i</sub>: Existe relación entre ansiedad y resiliencia en personas con IRC que asisten a un hospital público.
- H<sub>i</sub>: Existe relación entre resiliencia y depresión en personas con IRC que asisten a un hospital público.
- H<sub>i</sub>: Existe diferencia estadísticamente significativa en cuanto a ansiedad y resiliencia según la edad en personas con IRC.
- H<sub>i</sub>: Existe diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la resiliencia en personas con IRC a partir del tiempo de diagnóstico.

De manera general, se puede mencionar que los resultados obtenidos en esta investigación en cuanto a la relación entre cada variable demuestran que existe una relación entre Depresión y Ansiedad Rasgo, la cual tiene una magnitud moderada. Esto tiene coherencia ya que como se mencionó en el marco teórico la ansiedad Rasgo se refiere a las "diferencias individuales de ansiedad relativamente estables, siendo éstas una disposición, tendencia o rasgo" y así mismo este tipo de ansiedad no se manifiesta directamente en la conducta y se infiere a través de los aumentos del estado de ansiedad que la persona experimenta (Spielberger, citado por Ries; et al., 2012, p. 9).

Siguiendo con la Ansiedad, se encontró que existe relación entre Ansiedad Estado y dos factores de Resiliencia, siendo el Factor Interno y Empatía, estos con una magnitud de muy baja a baja entre cada factor. Por lo anterior, se retoma a González Arratia (2016) quien menciona que los Factores Protectores Internos son los propios atributos de la persona, ya sea la personalidad, la autoestima y la asertividad; y por otro lado Ansiedad Estado es un estado emocional transitorio (Oblitas, 2016); tal vez a partir de estas definiciones se puede comprender porque tienen esa relación con esa magnitud, puesto que la personalidad y autoestima de la persona le ayudan a enfrentarse a ese momento en específico de situaciones amenazantes y si su Factor Protector Interno de Resiliencia es bajo no podrán afrontar la situación de una manera satisfactoria.

Para terminar con la correlación que se realizó, de igual manera se encontró que existe relación aunque con una magnitud negativa baja entre Depresión y los tres Factores de Resiliencia, lo cual puede interpretarse como a mayor Depresión menor Resiliencia ya que como se mencionó anteriormente los Factores Protectores Internos son los propios atributos de la persona, y los Factores Protectores Externos son las condiciones que actúan disminuyendo la probabilidad de daños (González Arratia, 2016).

Asimismo, en el marco teórico se mencionó que la Depresión es un trastorno mental frecuente, en el cual existe la presencia de tristeza, pérdida de interés, sentimiento de culpa, falta de autoestima, existe algún trastorno del sueño o del apetito, está presente el cansancio y la falta de concentración. Asimismo refiere que puede ser crónica o frecuente y puede provocar alteraciones tanto en la escuela, trabajo o familia y por lo tanto se ve afectada la vida diaria de la persona. Puede presentarse de forma grave o leve (OMS, recuperado el 19 de febrero de 2017).

Esta es una reacción que se presenta frecuentemente en enfermedades crónicas. Moody, McCormick, Williams, Rodin y Voshart (citados por Taylor, 2007) mencionan que hasta un tercio de pacientes con enfermedades crónicas reportan síntomas moderados de depresión y un cuarto de ellos sufre depresión severa.

Por lo tanto, se le da la razón a los resultados obtenidos puesto que una persona que se encuentra deprimida o con algunos síntomas de depresión será más complicado que salga adelante a afrontar la situación ya que su nivel de resiliencia estará bajo puesto que esta es la que ayuda a las personas a adaptarse a las situaciones.

Por otra parte, en lo que respecta a los resultados del análisis para la comparación de variables con el Sexo, Edad y Tiempo de Diagnóstico se obtuvo lo siguiente:

La comparación realizada entre Ansiedad, Depresión y Resiliencia no mostró ninguna diferencia significativa en cuanto al Sexo, sin embargo, en esta investigación las

mujeres demostraron tener niveles más altos de Ansiedad y Resiliencia. Esto pudo resultar así tal vez porque en ese momento que se les aplicó el cuestionario se encontraban pasando por alguna situación la cuál influyó para ser quienes presentaran estos niveles más altos.

En cuanto a la comparación que se realizó entre las variables antes mencionadas y la edad, se encontró que existe una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a Ansiedad y Resiliencia, en específico en Ansiedad Rasgo, Factor Interno y Empatía, las personas que mostraron los niveles más altos en estas variables fueron las que tienen entre 50 y 69 años de edad.

Esto pudo haber sido así ya que la Ansiedad Rasgo al tener relación con la personalidad del sujeto y el Factor Interno y Empatía son atributos propios de la persona, todos se relacionan entre sí, ya que podrían formar parte de su personalidad y puede que no precisamente por la enfermedad presentan altos niveles en estos aspectos, sino tal vez también puede influir todo lo vivido en su vida pasada.

Finalmente, al realizar el análisis de la comparación entre las variables que se eligieron y el Tiempo de Diagnóstico, solamente se mostró diferencia estadísticamente significativa en los tres factores de la Resiliencia, realizando la misma las personas que llevan con el diagnóstico de IRC de 60 a 120 meses. Esto podría ser así puesto que las personas ya “aceptaron” la enfermedad con la que viven, sin embargo, se podría pensar que las personas que tienen de 132 a 228 meses tendrían que ser las que puntuaran este valor más alto y no el más bajo en cuanto a esta variable, pues son las personas que llevan más tiempo con la enfermedad, pero tal vez no resultó así por dos razones:

1. Solamente se contó con tres personas que se encuentran dentro de este rango.
2. Tal vez ya se “resignaron” a dicha enfermedad.

En este caso se sugeriría que se localizaran a más personas que se encuentren dentro de dicho rango y se les aplicara el mismo instrumento utilizado, o en otro caso, trabajar con estas personas para ver si tienen algo que les motive el seguir adelante y reforzarlo para que sus niveles de resiliencia se mantengan o en el mejor de los casos aumenten. Y si de lo contrario mencionan no tener alguna motivación, trabajar con ellos para que lo identifiquen y así poder aumentar sus niveles de resiliencia.

Para finalizar, cabe señalar que en distintos reactivos del instrumento de Depresión, como son el 15, 17, 18 y 21, muchas de las personas coincidían en una misma opción de respuesta, pero esto no se tomó en cuenta como algún síntoma de depresión, sino más bien como un síntoma de IRC o algún efecto secundario del tratamiento.

Esto se sustenta con lo que mencionan Waechter y Blake (1978) puesto que algunos síntomas de la Insuficiencia Renal Crónica son somnolencia, letargo y anorexia, asimismo, la disfunción sexual se hace evidendente en la fase urémica, en el varón se manifiesta como impotencia y disminución de la libido, mientras que en las mujeres con disminución del deseo sexual y defecto de la lubricación (Muñoz; et al. 2010).

“La complicación psicológica más frecuente en los pacientes en diálisis es la depresión que produce síntomas como trastornos del sueño, falta de apetito y una disminución del interés y las capacidades sexuales. La irritabilidad y la ansiedad son también frecuentes” (Muñoz; et al. 2010).

Cabe hacer mención que este estudio se llevó a cabo en un momento determinado, por lo que sería importante continuar analizando la relación de estas variables en diferentes momentos del transcurso de la enfermedad, lo cual daría mayor información sobre la interacción de estas.



## CONCLUSIONES

La presente tesis tuvo dos objetivos generales y seis objetivos específicos a los cuales se les busco dar respuesta. La conclusión para el primer objetivo general, el cual fue:

- Determinar la relación que existe entre Ansiedad, Depresión y Resiliencia en personas con IRC que asisten a un hospital público

Es que se puede constatar que tanto Ansiedad, Depresión y Resiliencia se encuentran relacionados unos con otros pero con una magnitud diferente en las personas con Insuficiencia Renal Crónica.

Y la conclusión para el segundo objetivo general que se planteó de la siguiente manera:

- Comparar Ansiedad, Depresión y Resiliencia por sexo, edad y tiempo de diagnóstico en personas con IRC que asisten a un hospital público.

A partir de estos objetivos generales se establecieron objetivos específicos a los que de igual manera se les busco dar una respuesta. El primero de ellos fue:

- Determinar la relación entre ansiedad y depresión en personas con IRC.

Para lo cual se aceptó la hipótesis alterna, puesto que se encontró que existe relación entre Ansiedad Rasgo y depresión con una magnitud moderada.

El segundo objetivo que se planteo fue el siguiente:

- Determinar la relación entre ansiedad y resiliencia en personas con IRC.

De igual manera se aceptó la hipótesis alterna puesto que si existe una relación entre estas dos variables, y en específico existe relación en cuanto a Ansiedad Estado, Factor Interno y Empatía de Resiliencia, estos con una magnitud de muy baja a baja entre cada factor.

El siguiente objetivo fue el siguiente:

- Determinar la relación entre resiliencia y depresión en personas con IRC.

En este caso también se aceptó la hipótesis alterna puesto que existe relación entre los tres factores que abarcan a la Resiliencia y la depresión a pesar de que la magnitud que se obtuvo fue negativa baja entre cada uno de estos factores.

En lo que respecta a los objetivos de comparación el primero de ellos que fue el siguiente:

- Comparar Ansiedad, Depresión y Resiliencia entre hombres y mujeres con IRC.

Se concluye que no existe diferencia estadísticamente significativa entre Ansiedad, Depresión y Resiliencia y el hecho de ser hombre o mujer quienes presentan Insuficiencia Renal Crónica, sin embargo, las mujeres en esta investigación, presentaron niveles más altos en cuanto a Ansiedad y Resiliencia, y los hombres puntuaron un poco más alto que las mujeres respecto a Depresión, y asimismo se acepta la hipótesis nula, la cual menciona que no existe diferencia estadísticamente significativa en cuanto a ansiedad, depresión y resiliencia entre hombres y mujeres con IRC.

Otro de los objetivos específicos fue el siguiente:

- Comparar Ansiedad, Depresión y Resiliencia según la edad en personas con IRC.

En este caso se concluye que en esta investigación las personas que presentaron niveles más altos en las variables analizadas se encuentran entre los 50 y 69 años de edad cumplidos hasta ese día de la aplicación, existiendo diferencia estadísticamente significativa solamente en las variables de Ansiedad Rasgo y el Factor Interno y Empatía de Resiliencia, y por lo tanto se acepta la hipótesis alterna la cual menciona que existe diferencia estadísticamente significativa en cuanto a Ansiedad y Resiliencia según la edad en personas con IRC.

El último de los objetivos específicos se planteó de la siguiente manera:

- Comparar Ansiedad, Depresión y Resiliencia en personas con IRC a partir del tiempo de diagnóstico.

Por lo que al darle una respuesta se concluye que se presenta una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a los tres factores de Resiliencia: Factor Externo, Factor Interno y Empatía, puntuando más alto las personas que tienen de 60 a 120 meses con el diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica, por otro lado no existe diferencia estadísticamente significativa en cuanto a Ansiedad y Depresión pero los que puntuaron más altos son las personas que se encuentran entre los 18 y 48 meses con el diagnóstico de IRC. En este caso también se acepta la hipótesis alterna la cual refiere que existe diferencia estadísticamente significativa en cuanto a Resiliencia en personas con IRC a partir del tiempo de diagnóstico.

## SUGERENCIAS

Se sugiere que a partir de esta investigación y de los resultados obtenidos puedan estudiarse a una población en específico en cuanto a la resiliencia, en este caso a las personas que tienen entre 60 y 228 meses con el diagnóstico de IRC, ya que se podría pensar que las personas más resilientes serían las que tienen entre 132 y 228 meses con la enfermedad y no las que tienen un poco menos.

Se recomienda continuar analizando la resiliencia de los pacientes ya que puede ser una importante variable que permita una mejor calidad de vida en los pacientes con IRC.

Asimismo, se sugiere realizar una investigación de corte cualitativo para indagar si existen causas psicológicas que podrían estar interfiriendo para que exista un mayor número de personas de sexo masculino con la enfermedad que personas del sexo femenino.

Se recomienda realizar una investigación con estas mismas variables en pacientes con otro tipo de enfermedades crónicas, como Diabetes Mellitus, Cáncer, VIH/SIDA, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Enfermedades cardiacas, Hipertensión y Artritis, con la finalidad de conocer la forma en que los individuos se adaptan a la enfermedad, lo cual va a incidir en su calidad de vida.

Se propone la inclusión de otras variables como puede ser la autoestima y ocupación puesto que así se podrán realizar intervenciones que puedan fortalecer la resiliencia de los individuos que cursan una enfermedad.

La psicología puede ser una importante opción en el ámbito de la medicina, pues es indispensable no sólo considerar el tratamiento médico, sino que se debe de atender a estos pacientes desde una postura integral en beneficio de la salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alberdi, J.; Taboada, O.; Castro, C.; Vázquez, C. (2006). *Depresión*. [en línea]. (Recuperado el: 19 de febrero de 2017). Disponible en: <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf>

Alonso, F. (2011). *Las causas de la depresión*. [en línea]. (Recuperado el: 19 de febrero de 2017). Disponible en: <http://www.ranm.es/images/pdf/anales/2011-04.pdf>

Anzola, M. *La resiliencia como factor de protección*. *Redalyc*. [en línea]. Julio-Septiembre 2003. Vol. 7. No. 22. [fecha de consulta: 27 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35602209>

Arbeláez, M.; Arango, J. L.; Mejía, G.; Arroyave, I. H.; Villegas, I.; Henao, J.; García, A. (2017). *Insuficiencia Renal Crónica*. [en línea]. (Recuperado el 01 de marzo de 2017). Disponible en: <http://1.ascofame.org.co/images/GUIAS/INSUFICIENCIA%20RENAL%20CRONICA.pdf>

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. España: Editorial médica Panamericana.

Beck, A. T.; Steer, R. A.; Brown, G. K. (2009). *BDI-II Inventario de Depresión de Beck*. Argentina: Paidós.

Brooks, R.; Goldstein, S. (2004). *El poder de la resiliencia. Cómo lograr el equilibrio, la seguridad y la fuerza interior necesarios para vivir en paz*. México: Paidós.

Brunner, L. S.; Suddarth, D. S. (1978). *Enfermería Medicoquirúrgica*. México: Interamericana

- Cabrera, S. K.; Lappin, G. D. (2016). *Resiliencia en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que asisten a un hospital estatal de Chiclayo, 2015*. (Tesis de Licenciatura, Universidad católica Santo Toribio de Mogrovejo, Facultad de Medicina, Escuela de Psicología). Recuperada de: [http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/689/1/TL\\_CabreraEnriquezSilvia\\_LappinGonzalesGabriella.pdf](http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/689/1/TL_CabreraEnriquezSilvia_LappinGonzalesGabriella.pdf)
- Calderón Narváez, G. (2001). *Depresión. Un libro para enfermos deprimidos y médicos en general*. México: Trillas.
- Carpenter, C. J.; Griggs, R. C.; Loscalzo, J. (2003). *CECIL Medicina Interna*. España: Elsevier Science
- Chinchilla, A. (1999). *Guía terapéutica de las depresiones*. España: Masson.
- Coolican, H. (1997). *Métodos de investigación y estadística en psicología*. México: Manual Moderno.
- Dahab, J; Rivadeneira, C; Minici, A. (2002). *La Depresión desde la perspectiva Cognitivo Conductual. Revista de terapia cognitivo conductual*. (3), 2.
- Díaz, V. E. (2010). *La psicología de la salud: antecedentes, definición y perspectivas. Revista de Psicología Universidad de Antioquia*. [en línea]. Junio 2010. Vol. 2. No. 1. [fecha de consulta: 12 de febrero de 2017]. Disponible en: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2145-48922010000100005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922010000100005)
- Espinach, M.; Medina, A. (2013). *Depresión y ansiedad en usuarios mayores de 18 años del servicio de hemodiálisis. Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia (HCG)*, Diciembre de 2012. [en línea]. 21 de agosto de 2013. Vol. 3. No. 9. [fecha de consulta: 18 de febrero de 2017]. Disponible en:

[http://www.lareferencia.info/vufind/Record/CR\\_6fa4495b5d115bff2eb1c464914f6903](http://www.lareferencia.info/vufind/Record/CR_6fa4495b5d115bff2eb1c464914f6903)

Fernandes, L.; Teva, I.; De la Paz, M. *Resiliencia en adultos: una revisión teórica. Redalyc.* [en línea]. Diciembre 2015. Vol. 33. No. 3. [fecha de consulta: 27 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78543221009>

Galimberti, U. (2006). *Diccionario de Psicología*. México: Siglo Veintiuno Editores.

Gándara, J.; Fuertes, J. (1999). *Angustia y Ansiedad. Causas, síntomas y tratamiento*. España: Pirámide

García, M. E.; (2005). *Habilidades de afrontamiento, ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica*. (Tesis de Maestría, Universidad Nacional Autónoma de México). Recuperada de: <http://132.248.9.195/ptb2005/01964/0346568/Index.html>

González Arratia, L.F.N.I. (2011). *Resiliencia y personalidad en niños y adolescente. Cómo desarrollarse en tiempos de Crisis*. Universidad Autónoma del Estado de México. (ISBN: 978-607-422-208-1).

González Arratia, L. F. N. I.; Valdez, J. L.; Zavala, Y. C. *Resiliencia en adolescentes mexicanos. Redalyc.* [en línea]. Enero-Junio 2008. Vol. 13. No. 1. [fecha de consulta: 27 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29213104>

Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C.; Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.

Instituto Nacional del Cáncer. (2016). *Tiempo hasta el avance*. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?cdrid=44783>

Instituto Nacional de la Salud Mental. (2017). *Depresión*. Recuperado de: [https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/depression\\_38791.pdf](https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/depression_38791.pdf)

Linares, R. (2014). *Resiliencia: Los 12 hábitos de las personas resilientes*. Recuperado de <http://www.elpradopsicologos.es/blog/resiliencia-resilientes/>

Madrigal, G. (2003). *Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría*. Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica

Mason, M. (1976). *Enfermería Medicoquirúrgica*. México: Interamericana

Muñoz, V.; Vaca, A.; Romero, E.; García, J.; Bagdad, A.; Mohamed, N. *Comportamiento sexual en los pacientes de hemodiálisis en Melilla*. *Scielo*. [en línea]. abr./jun. 2010. Vol 13. [fecha de consulta: 30 de agosto de 2017]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-13752010000200004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752010000200004)

Oblitas, L.A. (2016). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. México: CENGAGE Learning.

Oblitas, L. A. *PSICOLOGÍA DE LA SALUD: Una ciencia del bienestar y la felicidad*. [en línea]. [fecha de consulta: 12 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/psicologiasalud.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión*. Recuperado de <http://www.who.int/topics/depression/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Enfermedades crónicas*. Recuperado de [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)



Organización Mundial de la Salud. (2017). *Salud*. Recuperado de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

Páez, A. E.; Jofré, M. J.; Azpiroz, C. R.; Bortoli, M. D. *Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis*. *Redalyc*. [en línea]. 20 de noviembre de 2008. Vol. 8. No. 1. [fecha de consulta: 31 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64712168010>

Raffensperger, E. B.; Zusy, M. L.; Marchesseault, L. C.; (1999). *Consultor de Enfermería Clínica*. España: OCEANO

Real Academia Española. (2016). *Edad*. Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=EN8xffh>

Real Academia Española. (2017). *Resiliencia*. Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=WA5onlw>

Real Academia Española. (2016). *Sexo*. Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=XIApmpe>

Ries, F.; Castañeda, C.; Campos, M.; Castillo, O. *Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas*. *Scielo*. [en línea]. 03 de septiembre de 2012. Vol. 12. [fecha de consulta: 18 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/cpd/v12n2/articulo01.pdf>

Rodríguez, G; Rojas, M. (1998). *La Psicología de la Salud en América Latina*. México, DF: Facultad de Psicología UNAM

Sabines, F. (1993). *La Depresión*. México: Diana.

Sierra, J.; Ortega, V.; Zubeidat, I. *Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar*. *Redalyc*. [en línea]. Marzo 2003. Vol. 3. No. 1. [fecha de consulta: 18 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27130102>

Spielberger, C. D.; Diaz-Guerrero, R. (2008). *IDARE Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado*. México: Manual Moderno.

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

Torres, Z. *Insuficiencia Renal Crónica*. *Revista Médica Herediana*. [en línea]. 2013. Vol. 14. No. 1. [fecha de consulta: el 01 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/view/764>

Vallejo Ruiloba, J.; Gastó Ferrer, C. (1999). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. España: Masson.

Vázquez, I.; Rodríguez, C.; Álvarez, M. (2010). *Manual de Psicología de la Salud*. España: Pirámide.

Venado, A.; Moreno, J. A.; Rodríguez, M.; López, M. (2017). *Insuficiencia Renal*. [en línea]. (Recuperado el 01 de marzo de 2017). Disponible en: [http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/02\\_feb\\_2k9.pdf](http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/02_feb_2k9.pdf)

Vinaccia, S.; Quiceno, J. M. *Resiliencia y Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica-IRC*. *Redalyc*. [en línea]. Noviembre 2011. Vol. XX. No. 3. [fecha de consulta: 27 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281922826002>

Waechter, E.; Blake, F. (1978). *Enfermería Pediátrica*. México: Interamericana

**ANEXO**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para participar en el trabajo de investigación, aplicado por la estudiante de la Licenciatura en Psicología, Luz Adriana Rocha Romero, de la Universidad Autónoma del Estado de México como requisito para la elaboración de su Tesis con el tema de "ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y RESILIENCIA EN PERSONAS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA".

Estoy consciente que la información que estoy proporcionando le será útil para cumplir con su objetivo de investigación, además de que dicha información será utilizada de manera confidencial, por lo que no se revelara a otras personas ni se verá afectado mi tratamiento o atención que estoy recibiendo hasta el momento.

FEBRERO 2017

---

FIRMA DEL PARTICIPANTE

---

FIRMA DEL INVESTIGADOR