

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**



**DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD  
RENAL CRÓNICA EN ESTADÍO V DE UN HOSPITAL ESTATAL  
NIVEL III-1 DE CHICLAYO, AGOSTO-DICIEMBRE, 2017**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**AUTOR (A)**

**BRENDA MABY DIAZ TAFUR**

**CLAUDIA PATRICIA SOLIS ORLANDINI**

**ASESOR (A)**

**DRA. MARILIA SIBELE CORTEZ VIDAL**

**Chiclayo, 2019**

## Índice

<b>Resumen</b> .....	3
<b>Abstract</b> .....	4
<b>Marco Referencial</b> .....	8
<b>Antecedentes</b> .....	8
<b>Marco teórico</b> .....	11
<b>Depresión</b> .....	11
<b>Ansiedad</b> .....	11
<b>Enfermedad Renal Crónica</b> .....	13
<b>Aspectos psicológicos de pacientes sometidos a hemodiálisis</b> .....	14
<b>Aspectos del desarrollo evolutivo</b> .....	15
<b>Definición Operacional</b> .....	16
<b>Método</b> .....	18
<b>Diseño y tipo de investigación</b> .....	18
<b>Población</b> .....	18
<b>Procedimiento</b> .....	18
<b>Instrumentos</b> .....	18
<b>Aspectos Éticos</b> .....	19
<b>Procesamiento y Análisis de Datos</b> .....	20
<b>Resultados</b> .....	21
<b>Discusión</b> .....	28
<b>Conclusiones</b> .....	31
<b>Recomendaciones</b> .....	32
<b>Referencias</b> .....	33
<b>Apéndice</b> .....	37

## Resumen

Las personas que padecen una enfermedad renal crónica son vulnerables a padecer cambios en el ámbito psicológico, lo cual afecta su calidad de vida. La investigación fue de tipo no experimental – descriptivo, se buscó determinar los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en estadio V; e identificar los niveles de ansiedad y depresión según sexo, edad; y describir las características sociodemográficas del objeto de estudio en un hospital estatal de nivel III-1 de Chiclayo, en los meses de agosto a diciembre del año 2017. (N= 70) pacientes con enfermedad renal crónica en estadio V con tratamiento de hemodiálisis, mayores de 18 años. Se administró, una ficha sociodemográfica; el Inventario de Depresión de Beck, validez 0,200 y confiabilidad, 0,871; el Inventario de Ansiedad de Beck, validez 0,200 y confiabilidad, 0,852. Se obtuvo que, el nivel de depresión y ansiedad más frecuente fue moderada, 30% y leve, 51% respectivamente. El sexo femenino presenta porcentaje más alto en cuanto a ansiedad leve y depresión moderada. El rango de adultez intermedia, obtuvieron frecuencias más altas de ansiedad y depresión, perteneciendo a las categorías leve y moderada respectivamente.

Palabras clave: Depresión, ansiedad, enfermedad renal crónica, hemodiálisis.

### **Abstract**

People suffering from chronic kidney disease are vulnerable to changes in the psychological environment, which affects their quality of life. The investigation was of non experimental type - descriptive, it was sought to determine the levels of anxiety and depression in patients with chronic kidney disease in stage V; and identify levels of anxiety and depression according to sex, age; and describe the sociodemographic characteristics of the study object in a state hospital of level III-1 of Chiclayo, in the months of August to December of the year 2017. (N = 70) patients with chronic kidney disease in stage V with hemodialysis treatment, over 18 years. A sociodemographic record was administered; the Beck Depression Inventory, validity 0.200 and reliability, 0.871; the Beck Anxiety Inventory, validity 0.200 and reliability, 0.852. It was found that, the most frequent level of depression and anxiety was moderate, 30% and mild, 51% respectively. The female sex has a higher percentage in terms of mild anxiety and moderate depression. The range of intermediate adulthood, obtained higher frequencies of anxiety and depression, belonging to the mild and moderate categories respectively.

**Keywords:** depression, anxiety, chronic kidney disease, hemodialysis.

## **Depresión y ansiedad en pacientes con enfermedad renal crónica en estadio V de un hospital estatal nivel III-1 de Chiclayo, agosto-diciembre, 2017**

La persona siente temor, ansiedad, depresión y/o preocupación ante el hecho de enfrentarse a una enfermedad crónica que posiblemente ponga en riesgo su vida, como es el diagnóstico de una enfermedad renal crónica en estadio V.

El miedo constante y ansiedad que presentan frente a los efectos secundarios del tratamiento, como presión arterial baja, fatiga, mareos, calambres y dolores de cabeza, ocasionan limitaciones en el desarrollo de sus actividades habituales, lo cual los conlleva a enfrentarse a diferentes situaciones como: adaptarse a la pérdida de trabajo, amigos, cónyuge, ocasionar sufrimiento a los familiares o enfrentarse al riesgo de una muerte próxima.

Los pacientes con enfermedad renal crónica pasan por un proceso complejo lleno de luchas, peleas y superación de emociones, dando lugar a un impacto negativo en la percepción subjetiva de la salud (Oliveira & Soares, 2012).

En el Perú, si bien no existen estadísticas oficiales, se estima que cerca de 300 mil personas padecen de Enfermedad Renal Crónica (ERC), mientras que la prevalencia de Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT) es de 9,000 pacientes asegurados por El Seguro Social de Salud del Perú por año, los cuales requieren diálisis y/o trasplante renal (Loza & Ramos, 2015).

La Organización Panamericana de la Salud y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología en el 2015 sitúa en alerta a la población para prevenir la enfermedad renal crónica, siendo un trastorno incurable que afecta cerca del 10% de la población global (Loza & Ramos, 2015).

Por otro lado, la depresión se convierte cada vez más rápido en el trastorno mental más frecuente del mundo, afectando a más de 350 millones de personas. Esta enfermedad es distinta a las variaciones normales del estado de ánimo o a las respuestas emocionales usuales a los diferentes problemas de la vida cotidiana, ya que, existe la posibilidad de que pueda desencadenar en un problema de salud serio, alterar las actividades laborales, escolares, familiares y en el peor de los casos puede llevar al suicidio (Organización Mundial de la Salud, 2017). En Latinoamérica y el Caribe el 5% de la población adulta sufre de depresión, así también, se revela que seis de cada diez no reciben tratamiento (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

Beck, menciona en el reporte del Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study en 1999 que 21.2% de los 8,601 pacientes de hemodiálisis se diagnosticaron con depresión (como se citó en Monsalve, Morales & Vélez, 2011).

En un estudio realizado por Kimmel y colaboradores, en Estados Unidos, se encontró que el 70% de 96 pacientes sometidos a hemodiálisis tenía por lo menos un nivel leve de depresión y un buen número, un nivel más que moderado (como se citó en Monsalve et al., 2011).

En la Universidad Nacional de San Luis, Argentina (2011) se investigaron los niveles de depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis y se demostró que el 56,7% de los participantes manifestó algún grado de depresión (Monsalve et al., 2011).

El hospital donde se realizó la investigación se encuentra ubicado en la región Lambayeque. Los pacientes con enfermedad renal crónica, deben acudir 3 veces por semana y están conectados a una máquina durante 4 horas, la mayoría proceden de diversos distritos de la región, pueblos jóvenes y caseríos; todos pertenecen al sistema de Seguro Integral de Salud (SIS).

La enfermedad causó en la mayoría un cambio radical en su estilo de vida, impidiéndoles desempeñar trabajos fuera de casa y realizar sus actividades diarias. Una de sus mayores preocupaciones son sus ingresos económicos, ya que muchos de ellos eran el sustento principal de su familia.

Además, señalan sentirse frustrados al depender de los miembros de su familia, debido a que algunos no pueden realizar actividades que demanden esfuerzo físico, dejándoles opciones muy limitadas para desempeñar alguna función en esta nueva etapa de sus vidas.

Esto ocasiona, según manifiestan los pacientes, que se sienten como una responsabilidad más para su familia y sin un propósito de vida, provocando en ellos que se eleven los niveles de ansiedad, irritabilidad, desesperación y depresión ya que no ven una solución inmediata a su situación (Comunicación personal, octubre, 2017).

Por lo que, se planteó la siguiente interrogante: ¿cuáles son los niveles de depresión y ansiedad en pacientes con enfermedad renal crónica en estadio V, de un hospital estatal nivel III-1 de Chiclayo, durante los meses de agosto – diciembre, 2017?

Para ello, se estableció como objetivo principal determinar los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en estadio V de un hospital estatal de Chiclayo en el periodo de agosto a diciembre del 2017. Así mismo, se plantearon como

objetivos específicos identificar los niveles de ansiedad y depresión según sexo y edad y describir las características sociodemográficas en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en estadio V en un Hospital estatal Regional de Lambayeque, agosto a diciembre del 2017.

La investigación fue beneficiosa para el área de hemodiálisis y los pacientes, ya que mediante los resultados obtenidos se conoció e informó el estado en el que se encuentran, resaltando que quienes pertenecían a los turnos de tarde y noche requerían más apoyo por parte del departamento de psicología. Por este motivo, es importante el área responsable, reconozca la importancia y solicite la presencia del psicólogo, dentro de estos turnos, para que realice el abordaje al paciente desde un enfoque multidisciplinario y pueda ayudarles a enfrentar las constantes situaciones estresantes relacionadas con el propio tratamiento y sobrellevar los efectos secundarios que generan en el paciente, como dificultades a nivel personal, familiar y social.

La enfermedad renal crónica genera un impacto global en el día a día de la persona afectando las diferentes esferas de su vida, situación que conlleva a un desajuste emocional, es por tanto la importancia de investigar los niveles de depresión y ansiedad de los pacientes con el fin de brindar una mejor atención psicológica teniendo en cuenta los obstáculos que atraviesan debido a la enfermedad.

Además, este trabajo servirá como base para futuras investigaciones relacionadas al tema de estudio, y a su vez permitirá que el departamento de psicología pueda diseñar y ejecutar nuevos planes de promoción y prevención que aminoren el impacto emocional y faciliten la adaptación del paciente a la enfermedad.

## Marco Referencial

### Antecedentes

En un Hospital de Es Salud en Lima se realizó una investigación con 39 pacientes en tratamiento de hemodiálisis, para determinar si existe relación entre depresión y calidad de vida utilizando como instrumento el Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud (Short-Form, SF-36) y el Inventario de Depresión de Beck II. Obtuvieron como resultados que el 41% de pacientes no presentan depresión, mientras que un 20.5% presentan una depresión grave y un 17.9% manifiestan una depresión moderada (Villanueva, Casas & Richard, 2014)

En Lambayeque, 319 pacientes con enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis asegurado por EsSalud, formaron parte de una investigación para estimar la frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con ERCT utilizando como instrumento la escala de valoración funcional de Karnofsky y las escalas de Zung para depresión y ansiedad. Se encontró una frecuencia de depresión de 62,3%; siendo leve en un 83,5%, moderada en 14,7% y severa en 1,8%. La ansiedad estuvo presente en el 69,7%, siendo leve en 40,2%, moderada en 26,2% y severa en 33,6%. Así mismo evidenciaron que la frecuencia de depresión fue de 51,4% (54/105) y 78,6% (55/70) en el sexo masculino y femenino respectivamente, siendo en la mayor proporción de casos leve y la ansiedad tuvo una frecuencia de 73,3% (77/105) en el sexo masculino, y 64,3% (45/70) en el femenino; predominando el nivel leve en el sexo masculino.

Con respecto a la características sociodemográfica la frecuencia de depresión en pacientes con un empleo fue de 56%, un 72,6 % eran desempleados. Por último, la ansiedad de estos pacientes tuvo una frecuencia de 80,6% (Montoya & Suarez, 2014).

Por otro lado, en el Centro de Diálisis del Cono Norte de Lima se trabajó con 40 personas para identificar el nivel de depresión y ansiedad en pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis. Utilizaron la Escala de depresión de Hamilton y Escala de ansiedad de Hamilton, obteniendo como resultado que el 60% presenta depresión grave, mientras que el 71% presenta ansiedad grave. Así mismo, se identificó que el sexo masculino presenta más tendencia a presentar depresión y ansiedad formando el 50% y 53% respectivamente (Ardían, 2013).

Así también, Vives, González, Sánchez, Fernández y Villanueva (2014), valorar el estado de ansiedad y depresión en los pacientes con enfermedad renal crónica y determinar las diferencias entre sexos es una población de 120 pacientes en Argentina. Hicieron uso del Cuestionario, STAI para la ansiedad y el Inventario de Depresión IDER donde concluyeron

que el 61,67% de los pacientes presentan depresión y el 33,33% de pacientes presentan ansiedad. En cuanto a las diferencias por sexo encontraron que las mujeres presentaron más casos de depresión con el 71% a diferencia de los hombres con el 56%.

La investigación en el Instituto de Nefrología en la Habana con 69 pacientes que padecen enfermedad renal crónica para identificar los niveles de ansiedad y depresión que presentan los pacientes en hemodiálisis atendidos en dicho instituto. Se aplicó la escala de evaluación –HAD, se obtuvo como resultado que los pacientes del sexo masculino tenían más depresión y ansiedad que los del sexo femenino, la ansiedad predominó en las edades entre 45 y 64 años y la depresión en los de más de 65 años, el estado civil soltero fue el más afectado por depresión, los cambios desfavorables en la situación económica se manifestaron con depresión y la ansiedad afectó más a los pacientes con menos de 5 años en diálisis, así como la depresión a los de más de 5 años de tratamiento (Mesa, Vázquez & Álvarez 2013).

Se realizó una investigación con 49 pacientes en programa crónico de hemodiálisis que llevaban como mínimo un mes en un Hospital de Palamós – España para conocer la prevalencia de la ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en programa de hemodiálisis. Se utilizó la escala HADS en 49 personas, donde 25% fueron mujeres, la edad media 67,2 años. La sintomatología depresiva representa 42,9% y la ansiosa 32,7 % según la escala HADS (Gómez, Pac, Manresa, Lozano y Chevarria, 2012).

En el Hospital San José en Costa Rica, se aplicó el Inventario de Depresión (IDB) y el Inventario de Ansiedad de Beck (IAB) durante la sesión de hemodiálisis a 23 pacientes mayores de 18 años. Del total de la población, el 61% (14 pacientes) fueron hombres. La mediana de la edad en años cumplidos al ingreso del estudio fue  $49.35 \pm 13.14$  años. El estado civil que predominó al momento del estudio fue el casado(a) 52%. El 65% de los usuarios eran considerados como candidatos al trasplante renal. Sólo el 9% mencionó no contar con una red de apoyo, siendo la familia la principal fuente. La depresión se encontró en el 57% de los usuarios, predominando la de baja intensidad en 22%. La ansiedad normal predominó (43%), seguido por la severa en 26% (Medina y Espinach, 2012).

Monsalve et al. (2011) realizaron una investigación con 144 pacientes Cuenca-Ecuador para determinar la prevalencia de depresión, su clasificación, características como edad, sexo, estado civil, funcionalidad familiar, ocupación, tiempo de tratamiento, problemas laborales o familiares e identificar las posibles causas en los pacientes con enfermedad Renal Crónica. Para ello utilizaron como instrumento el Test de Depresión de Beck. Obtuvieron como resultados que la prevalencia de depresión en los pacientes con enfermedad renal fue del 16%. Y una edad promedio de 17.39 años, de los cuales el 60.4% fueron del sexo femenino, 65.3% casados, y el

40.3% se encontraban desempleados, el 83.3% de los casos provenían de familias funcionales. Así mismo, el 50.7% de los pacientes se encontraban con un tiempo de tratamiento de 12-60 meses. Los grados de depresión fueron: leve en 11.8% y moderada: 4.2%. La ocupación y funcionalidad familiar se relaciona con la depresión en esta población. No se encontró asociación estadística entre las variables edad, sexo, estado civil, ni tiempo de tratamiento con depresión.

En la investigación realizada en el Hospital de Navarra Pamplona se trabajó con una muestra de 94 pacientes en hemodiálisis hospitalaria para valorar la relación entre dependencia física y sintomatología afectivo-depresiva, junto con otras variables demográficas. Se utilizó la Escala de Beck y la Escala de Barthel, dando como resultado que el 40% mostró sintomatología depresiva, aunque alrededor del 25% se encontraba en tratamiento antidepressivo. Al valorar la escala de Barthel, se obtuvo que la dependencia media es moderada, aunque la mitad de los pacientes son independientes. Los pacientes en tratamiento antidepressivo obtuvieron un valor en la escala de Beck mayor que los que no los tomaban, por lo que serían susceptibles de ser valorados por un especialista para implantar algún tipo de terapia antidepressiva. La sintomatología depresiva fue superior en el sexo femenino aumentando con la edad (Mena, Cerdán, Pérez & Manrique 2010).

Páez, Jofré, Azpiroz y Bortoli (2008) realizaron una investigación en una Universidad Nacional de San Luis, Argentina en 30 pacientes, edades comprendidas entre 25 y 85 años con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis para determinar los niveles de ansiedad y depresión de los pacientes. Como instrumentos se utilizaron: una entrevista semiestructurada para pacientes dializados, el Inventario de Depresión de Beck-II y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger. Obtuvieron que el 56,7% de los participantes manifestaron algún grado de depresión. Los niveles de ansiedad (estado y rasgo) correlacionaron positivamente con los de depresión. La ansiedad estado fue mayor en los enfermos renales crónicos de más edad y durante los primeros meses de hemodiálisis. El grado de depresión fue mayor en los pacientes sin actividad laboral y de edad superior a la media.

## **Marco Teórico**

### **Depresión.**

“Experiencias tempranas proporcionan la base para formar conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo. Estos conceptos negativos (esquemas) pueden permanecer latentes y ser activados por determinadas circunstancias, análogas a las experiencias inicialmente responsables de la formación de las actitudes negativas” (Beck, 1979, p. 23).

### ***Síntomas de la Depresión.***

Beck (2010), clasifica los síntomas de la depresión en:

*Síntomas afectivos.* El trastorno depresivo origina síntomas diversos, tales como la tristeza que algunos presentan en periodos alternantes mientras que en otros es continua, la ira o cólera inducida, distracción y humor utilizadas para reducir temporalmente los sentimientos dolorosos y evitar problemas, periodos de llanto incontrolable, además de sentimientos de culpa, donde la persona se autocritica y piensa estar haciendo las cosas mal.

*Síntomas motivacionales.* Pérdida de la motivación positiva de realizar hasta las tareas más simples, ya que no se cree capaz de realizarla y piensa que no le traerá satisfacción alguna, por lo tanto hay un incremento de la tendencia a la evitación, decidiendo no hacer nada al respecto. Así mismo, aparece una dependencia marcada tendencia de pedir ayuda, en forma de quejas o exigencias, para realizar hasta las tareas más simples

*Síntomas cognitivos.* Hay una reducción de la sensopercepción, además de frecuentes trastornos de memoria y disminución de la capacidad de atención, concentración y capacidad para tomar decisiones, percibiendo los problemas como muy abrumadores, teniendo una visión negativa del mundo exterior y un pensamiento absolutista.

*Síntomas conductuales.* En algunas personas, aparecen los impulsos suicidas, ingesta excesiva de alcohol o fármacos que le ayuden a evitar los sentimientos de tristeza y angustia.

### **Ansiedad.**

“Sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva (a modo de amenaza) que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas porque se perciben como acontecimientos imprevisibles, incontrolables que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo” (Clark & Beck, 2012 p. 23).

En la mayoría de los casos la ansiedad se desarrolla en el contexto de presiones, demandas y estreses fluctuantes de la vida cotidiana.

Barlow (como se citó en Clark & Beck, 2012) menciona que son percepciones distorsionadas de información de nuestra realidad que se manifiestan con respuestas conductuales, fisiológicas, afectivas y cognitivas, que se activan al anticipar un suceso o circunstancia que sea aversiva o amenaza los intereses vitales del individuo.

La ansiedad es una emoción que se acompaña de reacciones corporales tales como la tensión muscular, la sudoración, el temblor, la respiración agitada, el dolor de cabeza, de pecho o de espalda, las palpitaciones, los “nudos en el estómago”, la diarrea y otras muchas más. Cuando se sobrepasa una intensidad que la hace intolerable o cuando dificulta la capacidad de adaptarse de la persona, la ansiedad puede afectar a la vida cotidiana y puede convertirse en un problema.

Beck usa el formalismo de los esquemas para explicar cómo las actitudes o creencias disfuncionales están representadas mentalmente y afectan al procesamiento de la información.

En cuanto a las manifestaciones sintomatológicas de la ansiedad Gonzales (2007) afirma que los síntomas de la ansiedad son muy variados, y que pueden clasificarse en diferentes grupos:

**Físicos.** Taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, nudo en el estómago, tensión y rigidez muscular, cansancio, hormigueo, sensación de mareo e inestabilidad. En casos muy extremos, alteraciones del sueño, la alimentación y la respuesta sexual.

**Psicológicos.** Inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza o despersonalización, temor a perder el control, celos, sospechas, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones y en casos más extremos, temor a la muerte, la locura o el suicidio.

**De conducta.** Escala de alerta e hipervigilancia, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estar quieto y en reposo. Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal: posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos, cambios en la voz, expresión facial de asombro, duda o crispación.

**Intelectuales o cognitivos.** Dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuidos, pensamientos distorsionados o inoportunos, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevaloración de pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad.

**Sociales.** Irritabilidad, hostilidad, ensimismamiento, dificultades para iniciar o seguir una conversación, en unos casos, y verborrea en otros, bloquearse o quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder, dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos, temor excesivo a posibles conflictos. Carson y Butcher (como se citó en Bolaño, 2014).

**Niveles.**

Según Peplau (como se citó en Gonzales, 2007), los niveles de ansiedad son los siguientes:

*Leve.* La persona está en estado de alerta y percibe más que cuando está ansiosa. La conciencia, la atención y la capacidad asociativa son muy elevadas. Se perciben ciertos cambios de conducta, que son superados fácilmente. La intensidad es mínima.

*Moderado.* Se estrecha el campo perceptivo, pero el sujeto aún puede prestar atención si así lo desea. Puede resolver sus problemas de forma bastante normal. Hay incertidumbre, aprehensión y nerviosismo. Se incrementa la actividad, pero su conocimiento perceptual disminuye, el sujeto no se da cuenta de lo que sucede a su alrededor.

*Severo.* El máximo nivel de ansiedad, se estrecha la capacidad de observación hasta solo advertir el objeto de la ansiedad. El campo perceptivo se estrecha considerablemente y la persona se interesa por detalles dispersos. Predomina una inatención selectiva esto en la ansiedad moderada y severa. Asimismo la personalidad tiende a disociarse a fin de escapar de su situación. La actividad mental es elevada, impidiendo que el sujeto pueda discernir y su intensidad es tan alta que puede tornarse en pánico, en donde sus pensamientos y el habla se tornan incoherentes.

**Enfermedad Renal Crónica.**

La enfermedad renal crónica (ERC), se da por el daño que sufren los riñones, estos no pueden filtrar la sangre de manera normal lo que causa que los desechos se acumulen en el cuerpo y causen otros problemas que pueden deteriorar nuestra salud (Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, 2017).

Según Soriano (2004) es la disminución de la función renal, expresada por una TFG < 60 mL/ min/1.73m<sup>2</sup> SC, pérdida de al menos la mitad de la función renal o como la presencia de daño renal durante al menos 3 meses, secundario a la reducción lenta, progresiva e irreversible del número de nefronas con el consecuente síndrome clínico derivado de la incapacidad renal para llevar a cabo funciones depurativas, excretoras, reguladoras endocrinometabólicas.

Para la Fundación Renal Iñigo Álvarez de Toledo (2013), los síntomas están principalmente asociados a:

Retención de la urea y electrolitos como fósforo y potasio, retención de líquido, con edema en piernas, párpados y falta de aire (edema en pulmón), cansancio, náuseas, vómitos, pérdida del apetito y de peso, anemia y desnutrición, cefaleas, insomnio, entumecimiento o dolores musculares en brazos y/o piernas, visión borrosa, problemas de corazón, osteodistrofia (descalcificación y fragilidad de los huesos) y gastritis.

**Etapas.** La enfermedad renal se divide en cinco etapas, donde la tasa de filtración glomerular (TFG) es la medida de la función renal que se utiliza para determinar la etapa de la enfermedad en la que se encuentra la persona, ya que, cada una de ellas requiere diferentes exámenes y tratamientos (DaVita HealthCare Partners, 2017).

*Etapa 1, Etapa 2 y Etapa 3.* En las etapas tempranas se presentan pocos síntomas como: presión arterial alta, altos niveles de creatinina o de urea normal en la sangre, anemia y/o la enfermedad ósea temprana. Esos síntomas pueden ser tratados para reducir posibles complicaciones en la evolución de la enfermedad, ayudando a que el paciente se sienta lo mejor posible.

*Etapa 4.* Etapa donde generalmente el paciente posiblemente vaya preparándose para la diálisis y/o un trasplante de riñón si es que la TFG está por debajo de 15ml/min.

*Etapa 5.* Etapa donde los riñones han perdido casi toda la capacidad de hacer su trabajo con eficacia, y es necesario iniciar la diálisis o un trasplante de riñón para sobrevivir.

**Factores de riesgo.** Entre los factores más comunes se encuentran, antecedentes familiares de enfermedad renal crónica, hipertensión arterial, la diabetes y enfermedades cardiovasculares, así como también, edad avanzada, reducción de masa renal, bajo peso al nacer, enfermedades autoinmunes y sistémicas, infecciones urinarias, litiasis, enfermedades obstructivas de las vías urinarias bajas, uso de fármacos nefrotóxicos; otros factores de riesgo cardiovascular como obesidad, dislipemia y tabaquismo, además del nivel socioeconómico bajo (Gómez, Arias & Jiménez, s.f.).

**Tratamiento.** Gómez (s.f.) considera los siguientes aspectos:

Los tratamientos para las primeras etapas se enfocan en la detección de factores de reagudización y causas tratables de IRC, prevenir o ralentizar la progresión de la IRC, modificando la dieta, controlando la hipertensión arterial, hiperglucemia, y realizando monitoreo estricto para prevenir posibles trastorno cardiovasculares y reducir síntomas gastrointestinales y neuromusculares.

*Tratamiento sustitutivo renal.*

*Diálisis.* Tratamiento sustitutivo, cuya función principal es la depuración a nivel renal.

*Diálisis peritoneal.* Purificación a través de la membrana peritoneal natural. Este tratamiento puede ser realizado en casa por el paciente después de un periodo de adiestramiento.

*Hemodiálisis.* “Tratamiento depurativo, realizado a través de un acceso vascular (catéter o fístula), con dirección hacia un circuito extracorpóreo y membrana artificial donde se produce la diálisis con regreso de la sangre una vez depurada, a través del acceso, al organismo.”

Trasplante renal: generalmente sugerido en las últimas etapas, sobre todo para pacientes adultos.

### **Aspectos psicológicos de pacientes sometidos a hemodiálisis.**

*Efectos cognitivos intelectuales.* Los altos niveles de urea producen un deterioro de las capacidades intelectuales provocando un déficit que no es totalmente reversible, aún con el tratamiento, provocando dificultad en la solución de problemas psicomotores, déficit de atención, concentración y memoria, entre otros (Hidalgo, 1997).

*Miedo, tensión, y ansiedad del paciente en diálisis.* Guendelman & Hoffman, afirman que los episodios de ansiedad durante el tratamiento son comunes, más aún durante el primer año, ya sea por la tensión de seguir una dieta tan estricta donde se les prohíbe la ingesta de ciertos alimentos y una severa restricción de agua; el temor que genera el estar conectado a una máquina que extraiga toda su sangre, la bombee por unas tuberías para luego regresarla al cuerpo; la incertidumbre de la supervivencia debido a las posibles complicaciones de la enfermedad; las constantes pérdidas a consecuencia de la enfermedad como de salud física, bienestar y libertad, problemas sexuales; así como también, la reducción de actividad laboral, generando problemas económicos, que dejan una influencia negativa en su autoestima y respeto de sí mismo; el conflicto de dependencia independencia que se genera al ser dependiente a una máquina y un equipo de profesionales para poder sobrevivir, durante un periodo de 4 a 5 horas por al menos 3 veces a la semana, limitando su libertad ser alentado al mismo tiempo a mantener una vida relativamente normal el mayor tiempo posible (como se citó en Hidalgo, 1997).

### **Aspectos del desarrollo evolutivo.**

Según Papalia, Wendkos y Duskin (2010), la adultez temprana es un periodo entre los 20 y 45 años donde las personas se caracterizan por ser autosuficientes, tomando decisiones que ayudan a determinar su salud, estilo de vida y profesión. Así mismo, se considera adultez

media a la etapa entre los 45 y 65 años, caracterizada por mantener cierta estabilidad y control la vida, asumiendo responsabilidades pesadas y funciones múltiples y exigentes, además de generarse sentimientos de libertad e independencia. Por otro lado, la adultez tardía es una etapa que va desde los 65 años a más, donde empieza el inevitable deterioro físico y cognitivo de la persona.

### Definición Operacional

La variable depresión es medida por el Inventario de Depresión de Beck (Ver Tabla 1).

Tabla 1.

#### *Operacionalización de la variable depresión medido por el Inventario de Depresión de Beck*

Definición Teórica	Definición Operacional	
	Indicadores	Niveles
Experiencias tempranas proporcionan la base para formar conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo. Estos conceptos negativos (esquemas) pueden permanecer latentes y ser activados por determinadas circunstancias, análogas a las experiencias inicialmente responsables de la formación de las actitudes negativas". (Beck, 1979, p. 23).	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21	No depresión (0 – 9) Depresión Leve (10 – 18) Depresión Moderada (19 – 29) Depresión Grave ( $\geq 30$ )

La variable ansiedad es medida por el Inventario de Ansiedad de Beck (Ver Tabla 2).

Tabla 2.

*Operacionalización de la variable Ansiedad medido por el Inventario de Ansiedad de Beck*

Definición Teórica	Definición Operacional	
	Indicadores	Niveles
Sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva (es decir, a modo de amenaza) que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas porque se perciben como acontecimientos imprevisibles, incontrolables que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo. (Barlow, 2002; Beck et al., 1985. p.23).	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11,	No ansiedad: 0 – 7
	12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19,	Leve: 8 – 18
	20, 21	Moderado: 19 – 29
		Grave: 30-63

Tabla 3

*Operacionalización de la variable sociodemográfica*

Variable Sociodemográfica	Definición operacional	
	Dimensión	Indicadores
Edad		Adulthood temprana (20 – 45)
		Adulthood intermedia (46 – 65)
		Adulthood tardía (65 a más)
Sexo		Masculino
		Femenino
Ocupación		Ama de casa
		Comerciante
		No trabaja
		Trabajador independiente
		Técnica en enfermería
Grado de instrucción		Estudiante
		Primaria
		Secundaria
		Técnico
Estado civil		Universitario
		Conviviente
		Casado
		Soltero
Apoyo económico		Divorciado
		Viudo
		Familia
		Amigos
		Ningunos
	Otros	

## Método

### Diseño y tipo de investigación

No experimental, descriptivo

### Población

La población estuvo conformada por pacientes que presentan la enfermedad renal crónica en estadio V en tratamiento de hemodiálisis, mayores de 18 años, en un hospital de la región de Lambayeque 2017. La población estuvo constituida por 70 pacientes.

#### *Criterios de selección*

*Inclusión.* Pacientes regulares de ambos sexos mayores de 18 años con diagnóstico de insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis.

*Exclusión.* Pacientes que presentan patologías psiquiátricas, con limitaciones auditivas, que fueron verificadas en historias clínicas. Así como los pacientes que llegaban del servicio de hospitalización o área de emergencia.

*Eliminación.* Aquellas pruebas que resultaron inválidas por haber marcado dos respuestas en una misma premisa. Pruebas que no fueron contestadas en su totalidad.

### Procedimiento

Para realizar esta investigación, se tuvo la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo (Ver apéndice A), así también se presentó una solicitud al director del hospital donde se realizó la investigación en la Región de Lambayeque (ver apéndice B) para el acceso correspondiente y así poder trabajar con la población de estudio. Posteriormente, se acordó con los responsables del área de hemodiálisis los horarios factibles para la realización de estudio.

Se explicó a los pacientes mediante el consentimiento informado, cuáles eran los objetivos, la finalidad de la investigación y el carácter confidencial de los datos que brindaron en la aplicación del cuestionario. Además se especificó en todo momento que la participación era voluntaria y que no habría alguna recompensa material.

La evaluación fue de manera individual, aproximadamente 20 minutos, los días lunes y martes por las mañanas y miércoles y jueves por las tardes, teniendo en cuenta de citar al paciente en horarios fuera de su tratamiento. De igual se manera, se solicitó la facilitación de un ambiente disponible del área de hemodiálisis o psicología que contó con iluminación, ventilación y libre de distractores.

### Instrumentos

Se utilizó la técnica de la encuesta, aplicando los siguientes instrumentos: el Inventario de Ansiedad de Beck (ver apéndice C) y Depresión de Beck (ver apéndice D). Se realizó el

proceso de validez de los instrumentos en 30 pacientes del mismo hospital mediante el método de correlación ítems-test, aplicando la prueba de Pearson, obteniendo que los índices de discriminación de cada reactivo del instrumento son mayores a 0,2 tanto para el inventario de Ansiedad como para el inventario de Depresión de Beck. Para obtener la confiabilidad del inventario de Depresión y Ansiedad de Beck se utilizó el método de análisis por consistencia interna mediante el Coeficiente de Alfa de Cronbach, lo cual se obtuvo que el inventario de Depresión es confiable con un 0,871 y el inventario de Ansiedad es confiable con un 0,852; así también se usó una ficha para la recolección de datos sociodemográficos (ver apéndice E).

El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) A. T. Beck (1979), cuenta con 21 ítems que evaluó la gravedad de los síntomas ansiosos en una escala de 0 (“en absoluto”) 1 (levemente no me molesta mucho), 2 (moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlos) y 3 (severamente, casi no podía soportarlo). El intervalo normal para la puntuación total del BAI es de 0-7, la ansiedad leve es de 8-18, la ansiedad moderada es de 19-29 y la ansiedad grave oscila entre 30 y 63.

El Inventario de Depresión de Beck (IDB) A. T. Beck (1979). Es un cuestionario auto aplicado de 21 ítems que evalúa espectro de síntomas depresivos y que presenta alternativas múltiples (cuatro alternativas de respuesta para cada ítem) que evalúa la gravedad/intensidad de los síntomas y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas representan entorno al 50% de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático/vegetativo síntomas psicológicos cognitivos). El intervalo normal para la puntuación total del IDB es de 0-9, no depresión, de 10-18, depresión leve, de 19-29 depresión moderada y grave oscila entre 30-63. Este instrumento puede ser aplicado de forma individual como colectivamente, no existe tiempo límite.

### **Aspectos Éticos**

Para realizar el trabajo de investigación se tomó en cuenta el principio ético de respeto a la persona garantizando la confidencialidad de los resultados que se obtuvieron de los inventarios que fueron aplicados asegurando que si los resultados de este estudio fueran publicados, no se mostraría ninguna información que permita la identificación de las personas que participaron. Para ello, estos se diferenciaron por códigos asignados, permitiendo conocer los resultados de cada participante sin revelar su identidad, los mismos que se les comunicó al momento de solicitarlos.

También se tomó en cuenta el principio de voluntariedad, ya que, los pacientes tuvieron la opción de participar o retirarse de la investigación en el momento que deseen. Así mismo, se

consideró el principio de beneficencia, debido a que este estudio no causó ningún perjuicio a su salud.

De la misma manera, se elaboró un consentimiento informado teniendo en cuenta los principios de autonomía y confidencialidad, con el fin de proteger la integridad de los participantes sin perjuicio alguno de la persona o del participante. (Ver apéndice E)

### **Procesamiento y Análisis de Datos**

Para el procesamiento y análisis de datos, se trasladó la información recolectada a una hoja de cálculo, la cual formó la base de datos, haciendo uso del software estadístico SPSS v.22.0, y Microsoft Excel 2013. La validez se obtuvo mediante el método de correlación ítems - test aplicando la prueba de Pearson, obteniendo los índices de discriminación de cada reactivo del instrumento. Para obtener la confiabilidad del inventario de Depresión y Ansiedad de Beck se utilizó el método de análisis por consistencia interna mediante el Coeficiente de Alfa de Cronbach.

Para describir las características sociodemográficas de los pacientes con enfermedad renal crónica en estadio V se empleó la frecuencia relativa y porcentaje. Con el fin de identificar los niveles de ansiedad y depresión se sumaron los puntajes obtenidos, así mismo se utilizó la función de frecuencia relativa y porcentaje para un mejor análisis de los datos. De igual forma se empleó el procesamiento anterior para sexo y edad. Se realizó la prueba de normalidad Kolmogorov – Smirnov, para ver si los datos siguen una distribución normal. Posteriormente, se aplicó la prueba de t – student para determinar la diferencia significativa entre los niveles de ansiedad, así como los de depresión, en relación al sexo y ANOVA para edad.

Finalmente, los resultados fueron presentados en tablas y figuras.

## **Resultados**

### **Prueba de normalidad de Kolmogorov – Smirnov**

Se evaluó la distribución de la puntuación obtenida por los pacientes de enfermedad renal crónica en estadio V, de las escalas de Ansiedad de Beck y escala de Depresión de Beck. Respecto a las puntuaciones de la escala de ansiedad, el resultado de la prueba de normalidad Kolmogorov – Smirnov fue 0,92 y la significancia de 0,200; siendo la distribución de los datos normal ( $p > 0,05$ ). En cuanto a la escala de depresión, el valor de la prueba de Kolmogorov – Smirnov fue 0,64 y la significancia de 0,200; siendo la distribución de datos normal ( $p > 0,05$ ).

Por tanto la prueba estadística que se utilizó para efectos del proceso estadístico fue la prueba t – student y ANOVA.

### **Aspectos sociodemográficos en pacientes con enfermedad renal crónica en estadio V**

En cuanto al estado civil, el 44% es casado; soltero, 26 %; conviviente, 21%, sin embargo viudo y separado, obtuvieron porcentajes menores. La mayor parte de la población se desempeña como ama de casa con 56% y el 17% no trabaja. En lo referente al grado de instrucción, la mayoría presenta grado de instrucción primaria con 59%, secundario 20% y el menor grado de instrucción fue técnico con 6%. Los lugares de procedencia con mayor porcentaje fueron el distrito de Chiclayo con 53%, Lambayeque con 37%, los demás distritos obtuvieron bajos puntajes. En cuanto al apoyo económico, se observa que la mayoría de la población recibe apoyo económico de la familia con 84%, un 10% no recibe apoyo económico de ninguna persona y la menor parte de la población recibe apoyo de otras personas (Ver tabla 4).

### **Niveles de ansiedad según sexo en pacientes con enfermedad renal crónica en estadio V**

#### **Prueba de hipótesis de los niveles de ansiedad según sexo**

Aplicando la prueba estadística t-student se obtuvo diferencia significativa ( $p=0,05$ ) entre los niveles de ansiedad de varones y mujeres.

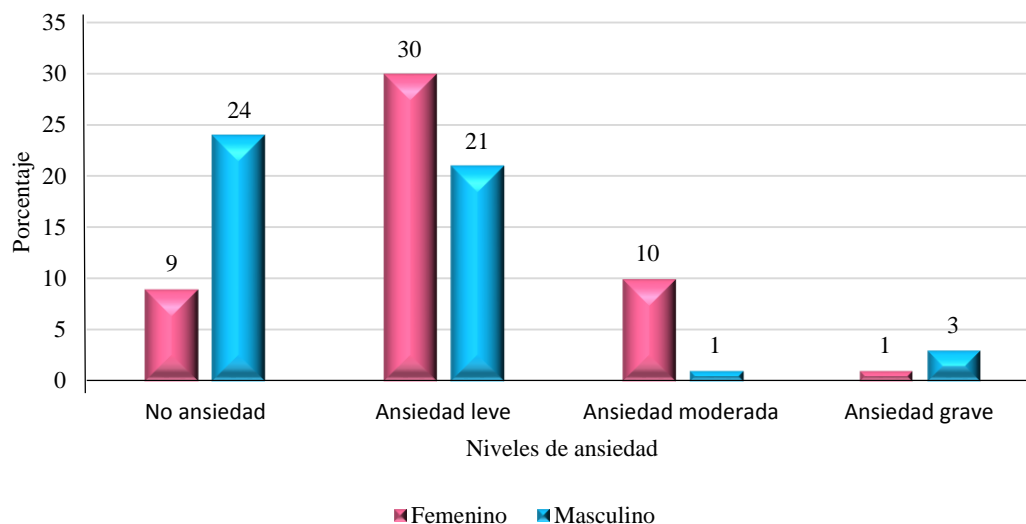
#### **Frecuencia de los niveles de ansiedad según sexo**

Al identificar los niveles de ansiedad según sexo, se observa que el nivel de ansiedad más frecuente es leve, con 30% en el sexo femenino y 21% en el sexo masculino, y el nivel menos frecuente es grave, donde el 1% son de sexo femenino y 3% son de sexo masculino (Ver figura 1)

Tabla 4.

*Aspectos sociodemográficos en pacientes con enfermedad renal crónica en estadio V en un hospital estatal de la Región de Lambayeque, agosto a diciembre del 2017.*

Aspectos sociodemográficos		Frecuencia %
Estado Civil	Soltero	26
	Casado	44
	Conviviente	21
	Viudo	6
	Separado	3
Ocupación	Ama de casa	56
	Comerciante	7
	No trabaja	17
	Trabajador independiente	14
	Técnica de enfermería	1
	Estudiante	4
Grado de Estudios	Primaria	59
	Secundaria	20
	Técnico	6
	Superior	9
	Ninguno	7
Lugar de Procedencia	Chiclayo	53
	Lambayeque	37
	Ferreñafe	1
	Otros	9
Apoyo económico	Familia	84
	Ninguna	10
	Otros	6



*Figura 1.* Frecuencia en porcentaje de los niveles de ansiedad según sexo en pacientes con enfermedad renal crónica en estadio V en un hospital estatal de la Región de Lambayeque, agosto a diciembre del 2017.

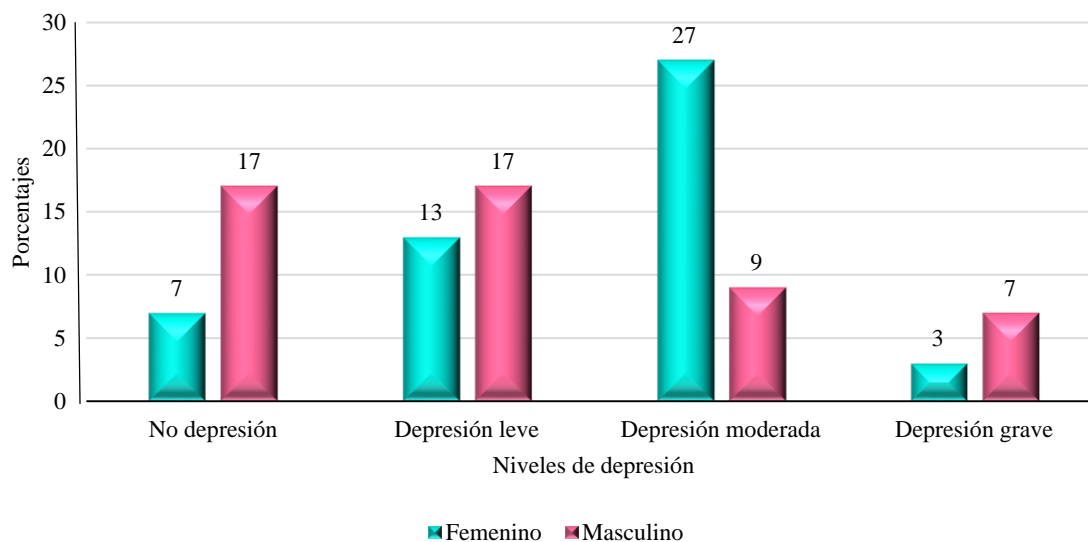
#### **Niveles de depresión según sexo en pacientes con enfermedad renal crónica en estadio V**

##### **Prueba de hipótesis de los niveles de depresión según sexo**

Aplicando la prueba estadística T-student, se obtuvo diferencia significativa ( $p=0,040$ ) entre los niveles de depresión de varones y mujeres.

##### **Frecuencia en porcentaje de los niveles de depresión según sexo**

Se identifican los niveles de depresión según sexo, observándose que el 27% de la población femenina presenta depresión moderada y solo el 3% tiene depresión grave. Sin embargo, el nivel más relevante en la población masculina se ve en depresión leve con 17%, misma cantidad que presentan en pacientes sin depresión. (Ver figura 2)



*Figura 2.* Frecuencia en porcentaje de depresión según sexo en pacientes con enfermedad renal crónica en estadio V en un hospital estatal de la Región de Lambayeque, agosto a diciembre del 2017.

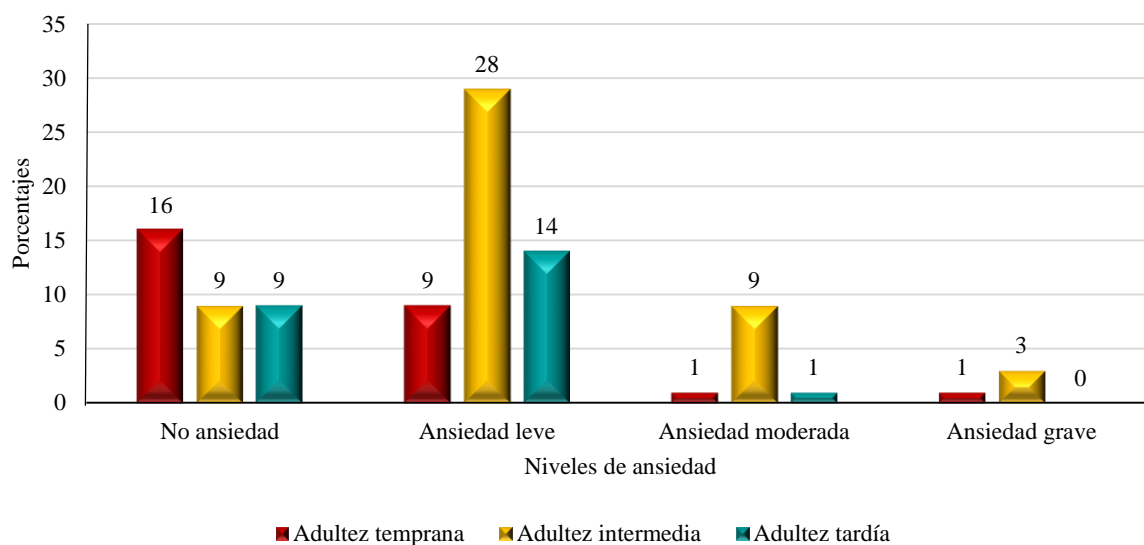
#### **Niveles de ansiedad según edad en pacientes con enfermedad renal crónica en estadio V**

##### **Prueba de hipótesis de los niveles de ansiedad según edad**

Aplicando la prueba estadística de ANOVA se obtuvo diferencia significativa ( $p=0,05$ ) entre los niveles de ansiedad de adultez temprana, intermedia y tardía.

##### **Frecuencia en porcentaje de los niveles de ansiedad según edad.**

En cuanto a los niveles de ansiedad según edad el nivel de ansiedad más alto es leve con 28% que pertenece al rango de edad de adultez intermedia, seguido del 16% de pacientes de adultez temprana que no demuestran rasgos de ansiedad. Sin embargo en el nivel de ansiedad moderada y grave se obtuvieron porcentajes menores según grupo de edad. (Ver figura 3)



*Figura 3.* Frecuencia en porcentaje de los niveles de ansiedad según edad en pacientes con enfermedad renal crónica en estadio V en un hospital estatal de la Región de Lambayeque, agosto a diciembre del 2017.

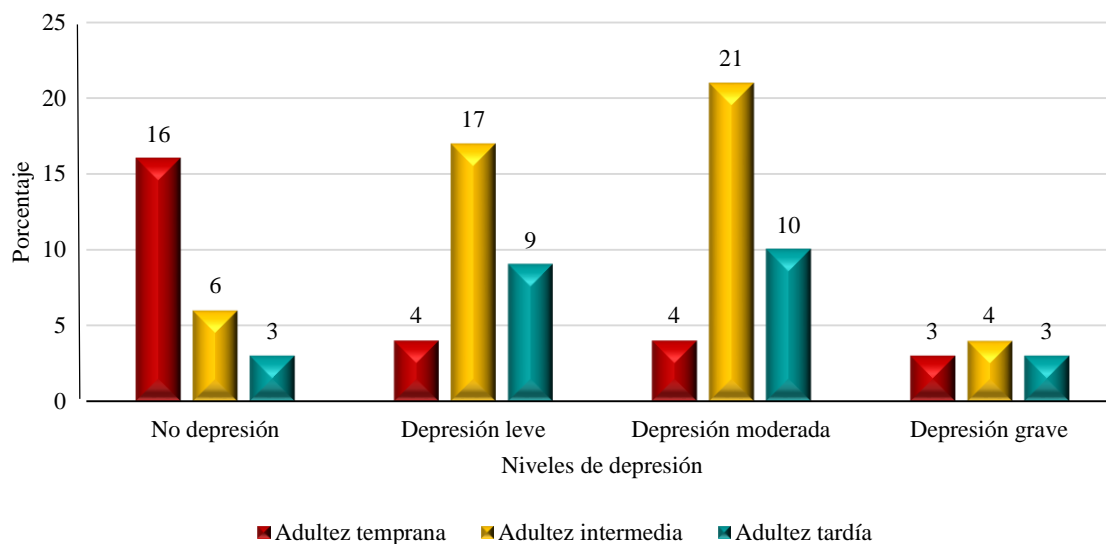
### **Niveles de depresión según edad en pacientes con enfermedad renal crónica en estadio V**

#### **Prueba de hipótesis de los niveles de depresión según edad**

Aplicando la prueba estadística de ANOVA no se obtuvo diferencia significativa ( $p=0,1$ ) entre los niveles de depresión de adultez temprana, intermedia y tardía.

#### **Frecuencia en porcentaje de los niveles de depresión según edad.**

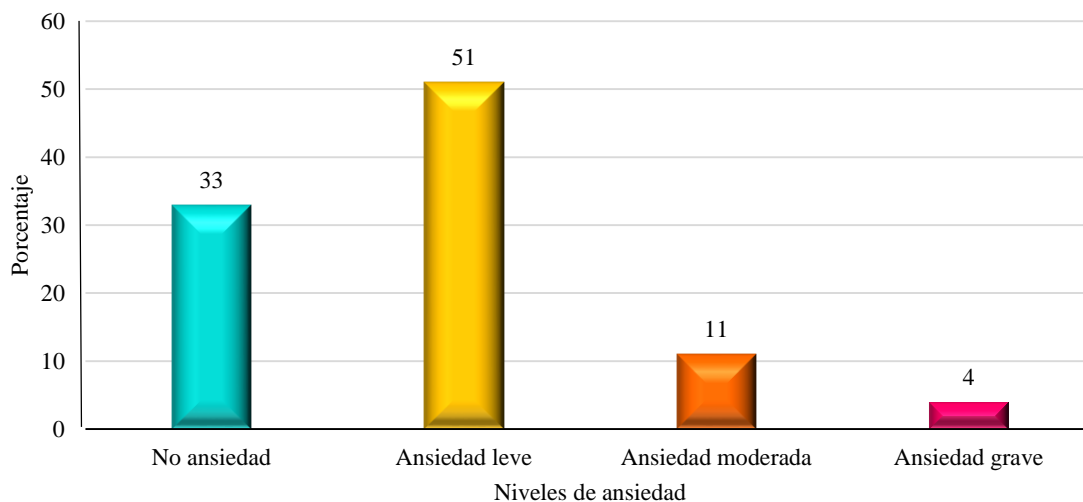
Se identifica los niveles de depresión según edad, observando que la etapa de adultez intermedia presenta la mayor frecuencia de depresión, siendo 21% el porcentaje más alto en depresión moderada. Por otro lado el 16% de la etapa de adultez temprana, no presenta rasgos de depresión, obteniendo, además, los porcentajes más bajos en los demás niveles (Ver figura 4)



*Figura 4.* Frecuencia en porcentaje de los niveles de depresión según edad en pacientes con enfermedad renal crónica en estadio V en un hospital estatal de la Región de Lambayeque, agosto a diciembre del 2017.

#### **Niveles globales de ansiedad en pacientes con enfermedad renal crónica en estadio V**

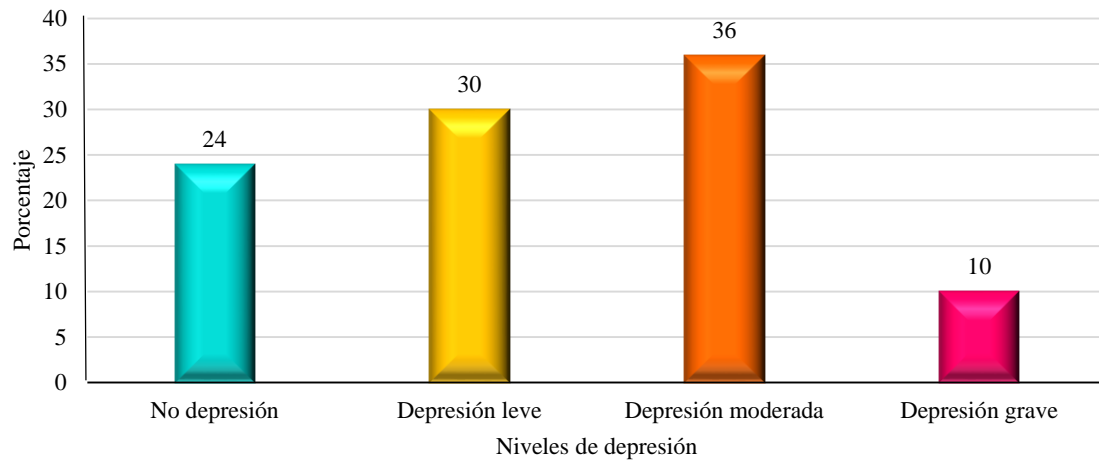
El 51% de la población estudiada presenta ansiedad leve y solo el 4% ansiedad grave. (Ver figura 5)



*Figura 5.* Frecuencia en porcentaje de los niveles de ansiedad en pacientes con enfermedad renal crónica en estadio V en un hospital estatal de la Región de Lambayeque, agosto a diciembre del 2017.

#### **Niveles globales de depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en estadio V**

El nivel de depresión en la población estudiada, es moderado, correspondiéndole un 36% de los pacientes entrevistados, sin embargo, el 24% de los pacientes no presentan signos de depresión.



*Figura 6.* Frecuencia en porcentaje de los niveles de depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en estadio V en un hospital estatal de la Región de Lambayeque, agosto a diciembre del 2017.

## Discusión

En base a los resultados obtenidos de la población estudiada, en su mayoría, presentó niveles de ansiedad leve correspondiéndole el 51%, y en un menor porcentaje se encontró que el 11% evidenció niveles de ansiedad moderada y el 4% demostró tener ansiedad grave. Estos resultados coinciden con la investigación realizada por Montoya y Suarez (2014), en la cual encontraron que el 69,7% presentaba ansiedad, siendo el nivel más alto el de ansiedad leve con 40,2%. Sin embargo, se encontró discrepancia con la investigación realizada por Ardían (2013), en la cual afirma que el 71% de pacientes que se someten a tratamiento de hemodiálisis presentan ansiedad grave. Por esta razón es muy importante el abordaje psicológico que se pueda realizar a los pacientes que asisten a sus tratamientos, para prevenir que sus niveles de ansiedad sigan aumentando progresivamente y esto los perjudique en su salud mental y afectar su calidad de vida.

En cuanto a depresión se encontró que el nivel más frecuente es el moderado, con un 36%, el 30% evidencia nivel de depresión leve y el 10% grave. Esto es debido a que los pacientes con enfermedad renal crónica todavía no aceptan su enfermedad y esto repercute de manera negativa en sus calidad de vida y en sus estados emocionales, conllevándolos a tener sentimiento de inutilidad, tristeza, miedo, tensión, a frustrarse con facilidad, actuar de manera impulsiva con las personas de su entorno familiar y más aun a no poderse valerse por sí solo y depender constantemente de otras personas, sobretodo económicamente. Sin embargo, se halló que el 24% de los pacientes no presentan niveles de depresión.

Estos resultados difieren con las investigaciones realizadas por Montoya y Suarez (2014) y Medina y Espinch (2012), ya que el nivel de depresión que presentan los pacientes con enfermedad renal crónica de mayor prevalencia fue leve con un 83,5% y 22% respectivamente. De la misma manera, hay discrepancia con el estudio de Villanueva, Casas y Richard, (2014) donde encontraron que el nivel más frecuente de depresión fue el grave con un 20,5%. Se puede mencionar que dicha diferencia con nuestro estudio pueda deberse al número de la población y a los instrumentos utilizados durante la investigación.

Con respecto a los niveles ansiedad según sexo, se evidencia en los resultados que el sexo femenino obtiene la mayor frecuencia con el 30%, en nivel leve, a diferencia del sexo masculino con el 21%, también en nivel leve. Por el contrario, investigaciones como las de Ardían (2013) y Montoya & Suarez (2014) difieren con estos resultados, ya que, es la población masculina quienes presentan las frecuencias más altas de ansiedad con el 53% y 73% respectivamente

De la misma manera, al tener en cuenta los niveles de depresión según sexo, se pudo afirmar que nuevamente es el sexo femenino quien presenta mayor frecuencia de los síntomas con el 27% de la población, en nivel moderado, a diferencia del sexo masculino, donde solo el 17% presentó síntomas de depresión leve. Esto coincide con la investigación de, Vives, González, Sánchez, Fernández y Villanueva (2014), debido a que fueron también las mujeres quienes presentaron más casos de depresión con el 71%; y con el trabajo de Mena, Cerdán, Pérez & Manrique (2010) donde la sintomatología depresiva fue superior en el sexo femenino. A pesar de esto, se encuentran discrepancias con las investigaciones de Mesa, Vázquez & Álvarez (2013) ya que, son los varones quienes presentaron mayor frecuencia de depresión.

Al obtener los niveles de ansiedad según edad encontramos que la edad intermedia representa el 28% de pacientes que presentan niveles de ansiedad leve, estos resultados coinciden con la investigación de Mesa, Vázquez y Álvarez (2013) quienes encontraron que las personas entre 45 y 64 años son más propensas a presentar niveles de ansiedad elevados, debido a que estos pacientes experimentan diferentes situaciones estresantes que suelen afectar su calidad de vida.

Así mismo, los niveles de depresión según edad encontramos que el 21% de pacientes de edad intermedia presentan niveles de depresión moderada. Estos resultados distan con la investigación de Mesa, Vázquez y Álvarez (2013), quienes afirman que los pacientes con enfermedad renal crónica presentan mayores niveles de depresión en edades superiores de 65 años, lo cual difiere con nuestra investigación, debido que en nuestra población son más vulnerables los pacientes en edad intermedia a padecer niveles de depresión moderada, presentando síntomas que describe Beck (2010), como tristeza, ira, cólera, pérdida de motivación, pérdida de autonomía, angustia, etc.

Con respecto a la variable sociodemográfica la mayor parte de la población, el 84%, recibe apoyo económico de su familia, 56% se desempeña como ama de casa y el 17% están desempleados. Los pacientes que decían desempeñarse como ama de casa o se encontraban sin empleo manifestaban que se sentían muy limitados sobre todo porque dependen económicamente de su familia, ya que no pueden generar un ingreso propio.

Se presume que esta es una de las causas más importantes de que la frecuencia de depresión más alta sea de nivel moderado con 36%, ya que, al no poder solventarse económicamente y no poder realizar las actividades a las que estaban habituados, ocasiona que surjan sentimientos de inutilidad y frustración, además de sentirse como una carga para sus familias ya que no pueden aportar a la economía del hogar debido a que la mayoría provienen de hogares con bajos recursos.

Esto coincide con la investigación de Montoya (2014), quien afirma en su investigación que existe una relación entre el empleo y la depresión, ya que, solo el 56% de personas que mantenían un trabajo presentaban algún grado de depresión, sin embargo, el 72.6% de las personas que no tenían un empleo presentaban depresión, así como, el 80% de las mismas tenía ansiedad.

Así mismo, Monsalve et al. (2011) menciona en su trabajo, que la ocupación y la funcionalidad familiar se relaciona con los niveles de depresión, causando la ausencia de alguno de ellos que se eleven los niveles de depresión.

### **Conclusiones**

Respecto a los niveles de depresión y ansiedad, los pacientes que sufren enfermedad renal crónica y asisten a su tratamiento de hemodiálisis, son más propensos a sufrir depresión moderada, 36% y ansiedad leve, 51%.

Los niveles de depresión y ansiedad según sexo, los pacientes de sexo femenino presentan el porcentaje más alto en cuanto a ansiedad leve y depresión moderada.

Los niveles de depresión y ansiedad según edad, los pacientes pertenecientes a la adultez intermedia, obtuvieron frecuencias más altas de ansiedad y depresión, ubicándose en las categorías leve y moderada respectivamente.

En cuanto a los aspectos sociodemográficos, se observó que la mayor parte de la población es casada y se desempeña como ama de casa; el grado de instrucción más frecuente es primario, en su mayoría proceden del distrito de Chiclayo y reciben apoyo económico de sus familiares.

## Recomendaciones

Realizar seguimiento y soporte emocional por parte del psicólogo y el equipo multidisciplinario con el fin de fortalecer aspectos positivos para la mejora de su salud emocional, física y mental del paciente con enfermedad renal crónica.

Contar con psicólogo en el turno tarde y noche, con la finalidad que los pacientes tengan el soporte y apoyo emocional y puedan superar de manera positiva los problemas emocionales que aparecen en transcurso de la enfermedad.

Abordaje psicológico cognitivo conductual con el propósito de promover la salud a través de la autorregulación del comportamiento y de las emociones mediante el uso de técnicas de respiración, relajación progresiva e imaginaria y estrategias de afrontamiento que ayuden a disminuir los niveles de ansiedad y depresión identificados en el proceso de evaluación y así disminuir tensiones presentes que van surgiendo a lo largo del proceso de la enfermedad.

Mejorar las relaciones interpersonales con los miembros de la familia con el fin de generar buenos lazos que contribuyan de manera positiva el cambio del estilo de vida saludable y emocional, mediante charlas de concientización que ayuden al paciente con enfermedad renal crónica a la estabilidad psicológica y adherencia en su tratamiento de hemodiálisis.

Elaboración de una propuesta de intervención, teniendo en cuenta los niveles de ansiedad y depresión que presentan en general, para que se pueda brindar una atención más personalizada, considerando las características y situaciones específicas, además de sus carencias y fortalezas de estos pacientes. (Ver apéndice G)

## Referencias

- Ardían, M. (2013). *Nivel de depresión y ansiedad en pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis del Centro de Diálisis del Cono Norte* (tesis de postgrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Armas, L. & Ruster, C. (2009). *Manual de Técnicas de PNL*. Recuperado de: <https://psiquemc.files.wordpress.com/2014/11/manual-de-tecnicas-y-estrategias-de-pnl.pdf>
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. (19ª ed.). España: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Beck, A. (1979). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. New York: Garvica, S.A
- Bolaños, M. (2014). *Niveles de ansiedad en estudiantes de psicología clínica e industrial de la Universidad Rafael Landiva de tercer año de la jornada vespertina que están por iniciar las prácticas de intervención psicológica* (tesis de postgrado). Recuperado de: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/42/Bolanos-Maricarmen.pdf>
- Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos. (s.f). *Enfermedad Renal Crónica*. Recuperado de: <https://medlineplus.gov/spanish/chronickidneydisease.html>
- Castelán, M., Rojas, M., Jiménez, J. & Jiménez, E. (2015). Relación entre Depresión y Ansiedad en Pacientes con Enfermedades Crónicas: Un Estudio Transversal. *Revista Electrónica de Psicología de la FES Zaragoza-UNAM*, 5(10).
- Castillo, D. (2014). *Calidad de vida y depresión en pacientes con artritis reumatoide de un centro hospitalario, Chiclayo 2012* (tesis de pregrado). Universidad Santo Toribio de Mogrovejo, Perú.
- Clark, A. & Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastorno de ansiedad*. España: Editorial Desclée de Brouwer, S.A. Recuperado de: [https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=lang\\_es&id=WZz-DQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT4&dq=terapia+cognitiva+de+beck&ots=Vl\\_uy4j1nE&sig=9kxe8TaDunXKRGciGCpDdx-MFg8#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=lang_es&id=WZz-DQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT4&dq=terapia+cognitiva+de+beck&ots=Vl_uy4j1nE&sig=9kxe8TaDunXKRGciGCpDdx-MFg8#v=onepage&q&f=false)
- DaVita HealthCare Partners Inc. (2017). *Etapas de la Enfermedad Renal Crónica (ERC)*. Recuperado de: <https://www.davita.com/co/patient-resources/kidney-disease-education/stages-of-kidney-disease/10443/>
- Fundación Renal Iñigo Álvarez de Toledo. (2013). *La enfermedad renal*. Recuperado de: <https://www.friat.es/la-enfermedad-renal/insuficiencia-renal-cronica/sintomas-de-la-irc/>

- Gómez, A., Arias, E., & Jiménez, C. (s.f.). *Insuficiencia renal crónica*. Cap. 62, (pp.637-646). Recuperado de: [https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2062\\_III.pdf](https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2062_III.pdf)
- Gonzales, M. (2007). Reflexión sobre los trastornos de ansiedad en la sociedad occidental. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 23(1). Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0864-21252007000100013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252007000100013)
- Gonzales, P. (2007). *Nivel de ansiedad y depresión en pacientes con infarto agudo de miocardio atendidos en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins*. (Tesis de postgrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Hidalgo, C. (1997). *La dimensión psicológica de la insuficiencia renal crónica (IRC) y su tratamiento*. *Psykhé*, 6(1). Recuperado de: <http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/view/98>
- Justo, Y. (2015) *Características generales y nivel de ansiedad en los adultos mayores que acuden al servicio de geriatría del Hospital III Yanahuara*. (tesis de pregrado). Universidad Católica de Santa María, Arequipa, Perú.
- Loza, C. & Ramos, W. (2015) *Análisis de la situación de la enfermedad renal crónica en el Perú, 2015*. Recuperado de: [http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=598&Itemid=353](http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=598&Itemid=353)
- Mariel, A. Juárez, C., Mario, E., Rojas, R., Jiménez, J., & Jiménez, E. (2015). Relación entre Depresión y Ansiedad en Pacientes con Enfermedades Crónicas: Un Estudio Transversal. *Revista Electrónica de Psicología de la FES Zaragoza-UNAM* 5(10).
- Medina, A. & Espinach, M. (2012) Depresión y ansiedad en usuarios mayores de 18 años del servicio de Hemodiálisis. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD*. 3(9). Recuperado de: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/view/13207>
- Mena, M., Cerdán, E., Pérez, A., & Manrique, J. (2010) Asociación entre dependencia funcional y sintomatología afectivodepresiva en pacientes en programa de hemodiálisis. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 13(4), 236-241. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-13752010000400004&script=sci\\_abstract](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-13752010000400004&script=sci_abstract)
- Mesa, M., Vásquez, Y., & Álvarez, N. (2013). Depresión y ansiedad en los pacientes de hemodiálisis, Instituto de Nefrología, 2011- 2012. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana Cuba* 2013, 10(3). Recuperado de: <http://www.revistahph.sld.cu/hph3-2013/hph%2004313.html>

- Monsalve, I., Morales, S., & Vélez, A. (2011). *Prevalencia de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a tratamientos de hemodiálisis en la unidad de servicio renal del austro CIA. LTDA.* Cuenca, Ecuador. Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5001/1/MED119.pdf>
- Montoya, B. & Suarez, J. (2014). *Depresión y ansiedad en pacientes en hemodiálisis, Lambayeque 2012 – 2013.* Chiclayo. Recuperado de: [http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/298/1/TL\\_MontoyaFermamdezJeanette\\_SuarezChumaceroJose.pdf](http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/298/1/TL_MontoyaFermamdezJeanette_SuarezChumaceroJose.pdf)
- Soriano, S. (2004). Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. *Nefrología*, 24(6), 27-34. Recuperado de: <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-definicion-clasificacion-los-estadios-enfermedad-renal-cronica-prevalencia-claves-el-X0211699504030666>
- Oliveira, M. & Soares, A. (2012). Percepciones de las personas con insuficiencia renal crónica sobre la calidad de vida. *Enfermería Global*, 11(28), 257-275. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412012000400014](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400014)
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente.* Recuperado de: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=7305%3A2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305%3A2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es)
- Ortega, S. & Martínez, M. (2002) Bienestar psicológico como factor de dependencia de hemodiálisis. *Revista de Enfermería IMSS*, 10(1), 17-20. Recuperado: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2002/eim021e.pdf>
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2010). *Desarrollo Humano.* México D.F, México: McGraw – Hill Companies.
- Páez, A., Jofré, M., Azpiroz, C., & Bortoli, M. (2008). *Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis* (Tesis de maestría). Recuperado de: <http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V08N01A09.pdf>
- Royal College of Psychiatrist. (2007). *La Terapia Cognitivo- Conductual (TCC).* Recuperado de: <http://www.sepsiq.org/file/Royal/LA%20TERAPIA%20COGNITIVO-CONDUCTUAL.pdf>

- Sanz, J. (1993). Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck. *Anales de psicología*, 9 (2), 133-170. Recuperado de: [https://www.um.es/analesps/v09/v09\\_2/02-09\\_2.pdf](https://www.um.es/analesps/v09/v09_2/02-09_2.pdf)
- Sanz, J (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud* 25(2014) 39-48. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v25n1/original4.pdf>
- Villanueva, C., Casas, J., & Richard, S. (2014). *Depresión y calidad de vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital De EsSalud en Lima – Perú, 2014*. Recuperado de: [http://www.lareferencia.info/vufind/Record/PE\\_8afa87492b10a65aac100037d6ca82bc](http://www.lareferencia.info/vufind/Record/PE_8afa87492b10a65aac100037d6ca82bc)
- Vives, L., González, A., Sánchez F., Izquierdo, Fernández, J, & Villanueva, E. (2014). Análisis del estado de ansiedad y depresión en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en nuestros centros de Hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 17 (1). Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2254-28842014000500004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842014000500004)

## Apéndice A



CONSEJO DE FACULTAD  
RESOLUCIÓN N° 708-2017-USAT-FMED  
Chiclayo, 13 de diciembre de 2017

Vista la solicitud N° 145457 de fecha 06 de diciembre de 2017, que adjunta el documento de aprobación emitido por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina del Proyecto de Investigación de los estudiantes: Díaz Tafur Brenda Maby y Solis Orlandini Claudia Patricia, de la Escuela de Psicología.

**CONSIDERANDO:**

Que esta investigación forma parte de las áreas y líneas de investigación de la Escuela de Psicología.

Que el proyecto de investigación denominado: "Depresión y ansiedad en pacientes con enfermedad renal crónica e estadio V de un hospital estatal nivel III-1 de Chiclayo, agosto-diciembre, 2017", fue APROBADO por el Comité Metodológico de la Escuela de Psicología y el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Medicina.

En uso de las atribuciones conferidas por la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

**SE RESUELVE:**

Artículo 1°.- Anular y dejar sin efecto la Resolución N° 492-2017-USAT-FMED de fecha 08 de setiembre de 2017

Artículo 2°.- Declarar APROBADO el proyecto de Investigación para continuar con el proceso de recolección de datos y finalización del mismo.

Artículo 3°.- Disponer que los estudiantes gestionen ante las instituciones pertinentes las facilidades para la recolección de información.

Regístrese, comuníquese y archívese.



Dr. Sc. Blgo. Antero Enrique Yacarini Martínez  
Secretario Académico  
Facultad de Medicina



FACULTAD DE MEDICINA

Dr. Luis Limo Liza  
Decano (e)  
Facultad de Medicina

## Apéndice B



GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE - CHICLAYO



PERÚ Ministerio de Salud

"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

### CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

El Comité de Ética en Investigación, luego de haber revisado el proyecto de investigación titulado "Depresión y ansiedad en pacientes con enfermedad renal crónica en estadio V de un hospital estatal nivel III - 1 de Chiclayo, agosto - diciembre, 2017", y al haberse levantado las observaciones realizadas por nuestro comité, se otorga la presente constancia a los autores :

**DÍAZ TAFUR BRENDA MABY  
CLAUDIA PATRICIA SOLÍS ORLANDINI**

Y se resuelve:

1. Aprobar la ejecución del mencionado proyecto.
2. Extender ésta constancia para que pueda ser ejecutado en las unidades operativas pertinentes.
3. Los investigadores deberán presentar el avance trimestral de la investigación en desarrollo.

Chiclayo, 13 de Agosto del 2018

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE  
HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE

*Emma Vique Arriaga Deza*  
Pta. Comité Ética de Investigación HRL  
CEIP N° 6789

Código\_Inv: 0221-003-18 CEI

Prolg. Augusto B. Leguía N°100 -Esquina Av. Progreso N°110-120 – Lambayeque-Chiclayo

Teléfono: 074- 480420 Anexo: 1060

**Apéndice C**

## Inventario de Depresión de Beck

Sexo:                      Fecha:

**INSTRUCCIONES:** A continuación se presentan un cuestionario, donde hay grupos de 4 afirmaciones. Elija UNA afirmación en cada grupo que describa mejor como se ha sentido en la **ÚLTIMA SEMANA** incluyendo hoy.

1.    a    No me siento triste  
      b    Me siento triste  
      c    Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo  
      d    Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo
  
2.    a    No me siento especialmente desanimado respecto al futuro  
      b    Me siento desanimado respecto al futuro  
      c    Siento que no tengo que esperar nada  
      d    Siento que el futuro es desesperanzador y que las cosas no van a mejorar
  
3.    a    No me siento fracasado  
      b    Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas  
      c    Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso  
      d    Me siento una persona totalmente fracasada
  
4.    a    Las cosas me satisfacen tanto como antes  
      b    No disfruto de las cosas tanto como antes  
      c    Ya no obtengo una satisfacción auténtica con las cosas  
      d    Estoy insatisfecho o aburrido de todo
  
5.    a    No me siento especialmente culpable  
      b    Me siento culpable en bastantes ocasiones  
      c    Me siento culpable en la mayoría de las situaciones  
      d    Me siento culpable constantemente
  
6.    a    Creo que no estoy siendo castigado  
      b    Siento que puedo ser castigado  
      c    Siento que estoy siendo castigado  
      d    Quiero que me castiguen
  
7.    a    No me siento descontento conmigo mismo  
      b    Estoy descontento conmigo mismo  
      c    Me avergüenzo de mí mismo  
      d    Me odio
  
8.    a    No me considero peor que cualquier otro  
      b    Me autocritico por mis debilidades o por mis errores  
      c    Continuamente me culpo de mis faltas  
      d    Me culpo por todo lo malo que me sucede
  
9.    a    No tengo ningún pensamiento de suicidio

- b A veces pienso en suicidarme, pero no lo haría
  - c Desearía suicidarme
  - d Me suicidaría si tuviese la oportunidad
- 10.
- a No lloro más de lo que solía
  - b Ahora lloro más que antes
  - c Lloro continuamente
  - d Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera
- 11.
- a No estoy más irritado de lo normal en mí
  - b Me molesto o irrito más fácilmente que antes
  - c Me siento irritado continuamente
  - d No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solía irritarme
- 12.
- a No he perdido el interés por los demás
  - b Estoy menos interesado en los demás que antes
  - c He perdido la mayor parte de mi interés por los demás
  - d He perdido todo el interés por los demás
- 13.
- a Tomo decisiones más o menos como siempre lo he hecho
  - b Evito tomar decisiones más que antes
  - c Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes
  - d Ya me es imposible tomar decisiones
- 14.
- a No creo tener peor aspecto que antes
  - b Estoy preocupado porque parezco mayor o poco atractivo
  - c Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
  - d Creo que tengo un aspecto horrible
- 15.
- a Trabajo igual que antes
  - b Me cuesta un esfuerzo trabajar igual que antes
  - c Tengo que obligarme para hacer todo
  - d No puedo hacer nada en absoluto
- 16.
- a Duermo tan bien como siempre
  - b No duermo tan bien como antes
  - c Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir
  - d Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir
- 17.
- a No me siento más cansado de lo normal
  - b Me canso más fácilmente que antes
  - c Me canso en cuanto hago cualquier cosa
  - d Estoy demasiado cansado para hacer nada
- 18.
- a Mi apetito no ha disminuido
  - b No tengo tan buen apetito como antes
  - c Ahora tengo mucho menos apetito
  - d He perdido completamente el apetito

19. a Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada  
b He perdido más de 2 kilos y medio  
c He perdido más de 4 kilos  
d He perdido más de 7 kilos

Estoy a dieta para adelgazar:  
SÍ NO

20. a No estoy preocupado por mi salud más que lo normal  
b Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento  
c Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más  
d Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa
21. a No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo  
b Estoy menos interesado por el sexo que antes  
c Ahora estoy mucho menos interesado por el sexo  
d He perdido totalmente mi interés por el sexo

**Apéndice D**

## Inventario de Ansiedad de Beck de Beck

Sexo:            Fecha:

**INSTRUCCIONES:** A continuación se presentan un cuestionario, donde hay 21 afirmaciones. Elija UNA afirmación en cada pregunta que describa mejor como se ha sentido en la **ÚLTIMA SEMANA** incluyendo hoy.

1. Torpe o entumecido (no puede hacer las cosas bien)
  - a. Nada
  - b. Leve
  - c. Moderado
  - d. Severo
2. Acalorado (con mucho calor sin razón alguno)
  - a. Nada
  - b. Leve
  - c. Moderado
  - d. Severo
3. Con temblor en las piernas
  - a. Nada
  - b. Leve
  - c. Moderado
  - d. Severo
4. Incapaz de relajarse (tenso, nervioso, sin poder tranquilizarse)
  - a. Nada
  - b. Leve
  - c. Moderado
  - d. Severo
5. Con temor a que ocurra lo peor
  - a. Nada
  - b. Leve
  - c. Moderado
  - d. Severo
6. Mareado, o que se le va la cabeza
  - a. Nada
  - b. Leve
  - c. Moderado
  - d. Severo
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados
  - a. Nada
  - b. Leve

- c. Moderado
  - d. Severo
8. Inestable (no siente que está bien, con respecto al ánimo)
- a. Nada
  - b. Leve
  - c. Moderado
  - d. Severo
9. Atemorizado o asustado
- a. Nada
  - b. Leve
  - c. Moderado
  - d. Severo
10. Nervioso
- a. Nada
  - b. Leve
  - c. Moderado
  - d. Severo
11. Con sensación de bloqueo (con la mente en blanco)
- a. Nada
  - b. Leve
  - c. Moderado
  - d. Severo
12. Con temblores en las manos
- a. Nada
  - b. Leve
  - c. Moderado
  - d. Severo
13. Inquieto, inseguro
- a. Nada
  - b. Leve
  - c. Moderado
  - d. Severo
14. Con miedo a perder el control
- a. Nada
  - b. Leve
  - c. Moderado
  - d. Severo
15. Con sensación de ahogo

- a. Nada
- b. Leve
- c. Moderado
- d. Severo

16. Con temor a morir

- a. Nada
- b. Leve
- c. Moderado
- d. Severo

17. Con miedo

- a. Nada
- b. Leve
- c. Moderado
- d. Severo

18. Con problemas digestivos (como dolor de estómago, diarrea o gases sin razón)

- a. Nada
- b. Leve
- c. Moderado
- d. Severo

19. Con desvanecimientos (como si se fuera a desmayar)

- a. Nada
- b. Leve
- c. Moderado
- d. Severo

20. Con rubor facial (con la cara roja)

- a. Nada
- b. Leve
- c. Moderado
- d. Severo

21. Con sudores, fríos o calientes

- a. Nada
- b. Leve
- c. Moderado
- d. Severo

## Apéndice E

### Aspectos Sociodemográficos

En la siguiente, le solicitamos que lea con atención las siguientes preguntas y responda de la forma más sincera posible, marque con una "X" según corresponda. Los datos que nos brinde serán confidenciales.

Código: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: F M Estado civil: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Grado de instrucción: \_\_\_\_\_ Estadio: IV V

Departamento: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Vive en:

Urb	<input type="checkbox"/>	Residencial	<input type="checkbox"/>
Av.	<input type="checkbox"/>	PP.SS	<input type="checkbox"/>
Jr.	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>

¿Su vivienda cuenta con?

Luz	<input type="checkbox"/>	Agua	<input type="checkbox"/>	Desagüe	<input type="checkbox"/>
Teléfono	<input type="checkbox"/>	Internet	<input type="checkbox"/>	Cable	<input type="checkbox"/>

¿De quién recibe apoyo económico?

Familia	<input type="checkbox"/>	Amigos	<input type="checkbox"/>	Ninguno	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------	--------	--------------------------	---------	--------------------------	-------	--------------------------

Tipo de seguro social:

Particular	<input type="checkbox"/>	SIS	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------	-----	--------------------------

## Apéndice F

### Consentimiento para participar en un estudio de investigación

Institución: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo

Investigadoras: Díaz Tafur Brenda Maby, Solís Orlandini Claudia Patricia

Título: Ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en estadio IV – V, de un hospital estatal de nivel III – 1 de Chiclayo, agosto-diciembre, 2017.

**Fines del Estudio:**

Se le invita a participar en un estudio que tiene la finalidad de determinar los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en estadio IV y V de acuerdo al sexo, la edad y condiciones sociodemográficas.

**Procedimientos:**

Si usted acepta participar en este estudio se le pedirá que responda a las preguntas de un test, que tiene un tiempo de duración de 5-10 min aproximadamente.

**Riesgos:**

No existen riesgos por participar en este estudio.

**Beneficios:**

Se le informará de manera confidencial los resultados que se obtengan del test realizado, cuando acuda a su siguiente control médico. Por otro lado, a los pacientes que tengan un alto nivel de ansiedad y depresión se les contactará con el personal del servicio de psicología de dicho nosocomio para una intervención oportuna y se les pueda brindar técnicas cognitivas que les ayuden a mejorar los niveles de ansiedad y depresión.

**Costos e incentivos**

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

**Confidencialidad:**

La información que se recoja será anónima. Sus respuestas serán codificadas usando un número de identificación que garantiza la confidencialidad. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. El lugar dónde se realizaran dichos procedimientos será en un consultorio perteneciente al área de oncología, el que cuenta con las condiciones necesarias.

**Uso de la información:**

Los datos del inventario de Ansiedad y Depresión de Beck servirán para conocer los niveles de ansiedad y depresión que presenta los pacientes con enfermedad renal crónica. Una vez finalizada la investigación, se procederá a la eliminación de los resultados.

**Derechos del participante:**

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a Díaz Tafur, Brenda Maby: 949787646 / Solís Orlandini, Claudia Patricia: 952458260.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, teléfono 606200 anexo 1138.

**CONSENTIMIENTO**

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en la investigación, también entiendo que puedo decidir no participar y retirarme del estudio en cualquier momento sin ningún perjuicio.

**Participante**

Nombre:

DNI:

Fecha:

**Investigadoras**

Nombre: Díaz Tafur, Brenda Maby

DNI: 41829192

Nombre: / Solís Orlandini, Claudia Patricia

DNI: 71235763

Fecha:

## Apéndice G

### Propuesta

#### Programa de atención psicológica para pacientes de la unidad de hemodiálisis

##### Objetivo general

Reducir los niveles de ansiedad y depresión mediante técnicas psicológicas.

##### Objetivos específicos

Promover el desarrollo de relaciones saludables y la implicación familiar

Disminuir (manejar, controlar) los niveles de depresión mediante técnicas de refuerzo de autoestima e identificación de pensamientos irracionales.

Reducir los niveles de ansiedad e irritabilidad mediante técnicas de relajación y manejo del dolor a través de la imaginación.

**Población:** pacientes de la unidad de hemodiálisis.

##### Fundamentación

Si consideramos la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedad, el tratamiento de las personas con enfermedad renal crónica (ERC) debe darse en un marco de salud integral, incluyendo no sólo el tratamiento médico sino un adecuado soporte psicológico y social. Es necesaria la realización de intervenciones multidisciplinarias y no sólo desde el área biomédica para mejorar la calidad de vida de las personas con esta enfermedad

Los sucesos vitales, como el diagnóstico de ERC y el tratamiento de hemodiálisis, son hechos relevantes que generan un gran impacto en la vida de la persona. Por ello se ha creído conveniente crear un programa con el objetivo de aminorar el impacto psicológico de las personas que viven con ERC y sus allegados, brindándoles herramientas para afrontar el diagnóstico e integrarlo como parte de su vida.

Para ello las técnicas se basarán en las siguientes teorías psicológicas:

**Teoría Cognitivo – Conductual:** Este enfoque pretende entender lo que el sujeto piensa de sí mismo, de otras personas, del mundo que lo rodea y cómo sus acciones afectan su pensamiento y sentimientos. (Royal College of Psychiatrists, 2007)

**Programación Neurolingüística:** Esta teoría propone que mediante el uso asertivo del lenguaje, la importancia de la respiración, la manera en que codificamos nuestros pensamientos, los anclajes y demás recursos, podemos modificar aquello que nos molesta, incomoda, duele o preocupa.

## Plan de actividades

Sesión	Nombre	Objetivo	Técnicas	Tiempo	Materiales
1	<b>Mi tratamiento y yo</b>	Brindar al paciente la posibilidad de poner palabras a los conflictos, emociones y sensaciones vivenciadas con respecto a la enfermedad y tratamiento.	Técnica cognitiva	20 minutos	Hoja bond Colores Lápiz Borrador
2	<b>Descubriendo fortalezas</b>	Lograr que el paciente tenga conciencia de sí mismo e identifique sus fortalezas y acepte sus debilidades.	Técnica cognitiva	20 minutos	-
3	<b>Identifico mis pensamientos irracionales</b>	Informar acerca de los pensamientos irracionales y cómo identificarlos.	Técnica cognitiva	20 minutos	Lapicero Hoja bond
4	<b>Trabajo con los pensamientos irracionales</b>	Reconocer los pensamientos irracionales y modificarlos.	Técnica cognitiva	20 minutos	-
5	<b>Aprendo a controlar mi respiración</b>	Facilitar el control voluntario de la respiración para que pueda ser mantenido hasta en las situaciones de mayor ansiedad o estrés.	Respiración Sistemática	20 minutos	-
6	<b>Relajando mi cuerpo</b>	Eliminar las tensiones producidas por situaciones de estrés, irritabilidad y cansancio.	Relajación progresiva	20 minutos	-
7	<b>Aplicamos lo aprendido</b>	Eliminar las tensiones producidas por situaciones de estrés, irritabilidad y cansancio.	Relajación progresiva	20 minutos	-
8	<b>Mi imaginación al rescate</b>	Disminuir dolores mediante un proceso mental con imágenes.	PNL Técnica del vapor	20 minutos	-
9	<b>Visualizo y pinto mi dolor</b>	Reducir el dolor mediante la visualización de	PNL Técnica del globo	20 minutos	-

		colores y alejamiento de imágenes.			
<b>10</b>	<b>Adiós dolor</b>	Disminuir considerablemente un dolor fuerte hasta erradicarlo por medio de imágenes.	PNL Técnica del símbolo	20 minutos	-
<b>11</b>	<b>La familia es el apoyo</b>	Realizar la psicoeducación con los familiares o cuidadores principales acerca de las consecuencias emocionales de la enfermedad y el tratamiento de su paciente.	Técnica sistémica	20 minutos	Afiche Hoja bond Lapiceros

### **Sesión 1: Mi tratamiento y yo**

**Objetivo:** Brindar al paciente la posibilidad de poner palabras a los conflictos, emociones y sensaciones vivenciadas con respecto a la enfermedad y tratamiento.

**Tiempo:** 20 minutos

**Materiales:**

Hoja bond

Colores

Lápiz

Borrador

**Desarrollo:**

Se le entregará a cada integrante una hoja en blanco y a continuación les pedirá que traten de plasmar sobre la hoja sus emociones y sentimientos con respecto al tratamiento, esto puede ser un poema, un dibujo, una carta, una frase etc. Luego se les pedirá que compartan su creación con los demás y que expresen en palabras aquellas dificultades provocadas por la enfermedad o el tratamiento.

### **Sesión 2: Descubriendo fortalezas**

**Objetivo:** Lograr que el paciente tenga conciencia de sí mismo e identifique sus fortalezas y acepte sus debilidades

**Tiempo:** 20 minutos

**Desarrollo:**

Se les pedirá a los participantes que reconozcan sus defectos o debilidades y enumeren cuántos son. Se les dará 3 minutos.

Ahora se pedirá que reconozcan cualidades positivas o fortalezas que tengan y las enumeren. Se les dará 3 minutos.

Se les preguntará si enumeraron más cualidades positivas o negativas y por qué creen que pasó eso.

Se dará un breve concepto de Autoestima

Se les presentará una caja de regalo, y se les dirá que dentro del regalo verán un tesoro que deberán cuidar por siempre y apreciarlo tal y cómo es, nutrirlo y quererlo pues no hay otro igual.

La caja estará situada en un espacio alejado del resto para que tengan más privacidad. Dentro de la caja se verán reflejados en un espejo y se les pedirá que digan en voz alta todas las cualidades positivas que pudieron identificar en ellos mismos y que visualicen escritas en un papel todas las cualidades negativas que identificaron, arruguen ese papel y lo lancen muy lejos.

### **Sesión 3: Identifico mis pensamientos irracionales**

**Objetivo:** Informar acerca de los pensamientos irracionales y cómo identificarlos

**Tiempo:** 20 minutos

**Materiales:**

Lapicero

Hoja bond

**Desarrollo:**

Se presenta a los participantes la siguiente situación hipotética:

“Es una mañana increíble y estás convencido que hoy todo te irá fabuloso. Llegas al trabajo y saludas amablemente a todos tus compañeros. Te sientas en tu escritorio con una buena disposición para empezar a trabajar, cuando de repente ves pasar a tu mejor amigo, quien con una mirada de desprecio te mira y se da la vuelta. Lo llamas, pero él sigue su camino sin hacerte caso. No entiendes qué ha pasado”.

Una vez leída la situación, las personas responderán de forma individual: ¿Qué pensaron respecto a la actitud del amigo? ¿Qué emoción sintieron? ¿Cómo actuarían si esta situación fuese real?

Se dará un breve concepto de pensamientos automáticos y cómo afectan las emociones.

Se aprenderá a reconocerlos mediante ejercicios:

Se les pedirá que llenen el siguiente cuadro identificando 3 situaciones que les haya causado malestar emocional como como conflictos con la pareja, la familia o los amigos.

También pueden ser eventos internos, como recuerdos negativos del pasado o imágenes preocupantes de acontecimientos venideros. Y completarán el siguiente cuadro, para así externalizar sus pensamientos irracionales e identificarlos para más adelante lograr un mejor manejo sobre ellos.

SITUACIÓN ESTRESANTE	¿QUÉ PIENSO?	¿QUÉ SIENTO?	¿QUÉ HAGO?

#### **Sesión 4: Trabajo con los pensamientos irracionales**

**Objetivo:** Reconocer los pensamientos irracionales y modificarlos

**Tiempo:** 20 minutos

**Desarrollo:**

Teniendo en cuenta la sesión anterior se identificarán 3 pensamientos irracionales o automáticos que hayan tenido.

Luego se harán las siguientes preguntas con cada uno de ellos:

La Evidencia: ¿Es totalmente cierto este pensamiento? ¿En qué pruebas me baso? ¿Podría existir otra explicación u otra forma de pensar más realista? ¿Es un hecho probado científicamente?

La gravedad: ¿Serían tan terribles las consecuencias? ¿Qué ocurriría si...? ¿A cuántas áreas de mi vida afectaría? ¿Podría encontrarme bien aun cuando esto sea así? ¿Hay otras personas a quienes les haya ocurrido y cómo lo han vivido?

La utilidad: ¿Qué consecuencias tiene para mí pensar así? ¿Me ayuda a solucionar mis problemas? ¿Me hace sentirme bien?

De esta manera se irá logrando que esos pensamientos pierdan importancia y protagonismo, logrando así modificarlos o eliminarlos.

#### **Sesión 5: Ejercicio de respiración**

**Objetivo:** Facilitar el control voluntario de la respiración para que pueda ser mantenido hasta en las situaciones de mayor ansiedad o estrés

**Tiempo:** 20 minutos

**Desarrollo:**

Se le pide al paciente que se ponga en una posición cómoda, luego se le darán las siguientes instrucciones al paciente:

Inspira profundamente por la nariz contando hasta 5.

Mantén la respiración contando mentalmente hasta 3.

Exhala lentamente por la boca contando hasta 6.

Se repite el proceso 5 veces.

Ahora, Inspira profundamente por la nariz contando hasta 6.

Mantén la respiración contando mentalmente hasta 4.

Exhala lentamente por la boca contando hasta 8.

Se repite el proceso 5 veces.

Se recomienda repetir el proceso en casa las veces que sea necesario.

**Sesión 6: Relajación progresiva**

**Objetivo:** Eliminar las tensiones producidas por situaciones de estrés, irritabilidad y cansancio.

**Tiempo:** 20 minutos

**Desarrollo:**

Se le pide al paciente que se ponga en una posición cómoda y se deberá realizar el ejercicio de respiración anterior al menos 5 veces.

Luego, se tensionan y luego se relajan diferentes grupos de músculos en todo el cuerpo, con el fin de que aprenda a reconocer la diferencia que existe entre un estado de tensión muscular y otro de relajación muscular. Esto permite el logro de un estado de relajación muscular que progresivamente se generaliza a todo su cuerpo.

Se debe tensionar varios segundos, entre cinco y diez, y relajar lentamente. Mientras hacemos la relajación, se le indicará al paciente que piense en una escena agradable y positiva o en mantener la mente en blanco, tratando de relajar la mente a la vez que continúa relajando todo su cuerpo.

Se recomendará repetir el proceso en casa.

**Sesión 7: Refuerzo de relajación progresiva**

**Objetivo:** Eliminar las tensiones producidas por situaciones de estrés, irritabilidad y cansancio.

**Tiempo:** 20 minutos

**Desarrollo:**

Se repetirá el proceso de la sesión anterior ya que por ser largo, no se logra (eficacia, propósito) en una sola sesión.

**Sesión 8: Técnica de Programación neurolingüística para el dolor “Técnica del vapor”**

**Objetivo:** Disminuir dolores mediante un proceso mental con imágenes.

**Tiempo:** 20 minutos

**Desarrollo:**

Se le pide al paciente que se ponga en una posición cómoda, que intente relajarse completamente y cierre los ojos. Deberá inhalar profundamente por la nariz, sostener la respiración por 3 segundos y exhalar por la boca lentamente. Este proceso se repetirá por 5 minutos.

Se le darán las siguientes instrucciones:

Dirige tu conciencia hacia el área específica del dolor o malestar.

Siente cómo, cada vez que inhalas, entra energía de salud y bienestar, y cómo se instala en ese punto exacto. Exhala.

Enfoca este procedimiento durante unos minutos y siéntelo.

Ahora imagina una abertura del tamaño de una moneda justo en el centro del área problemática.

Inhala, y al exhalar observa cómo va saliendo el dolor o el malestar en forma de vapor por la abertura cada vez que exhalas. Nota si ese vapor tiene algún color.

Di: “Cada vez que exhalo, el dolor sale en forma de vapor una y otra vez. Va saliendo más y más. Sigue saliendo. Se aleja. Cada vez más, hasta que desaparece”. Se repetirá este paso 2 de veces.

Date cuenta de cómo cada vez que exhalas y dices esto, esa parte de tu cuerpo se siente más y más ligera.

Visualiza, escucha y siente cómo sale, se aleja y desaparece totalmente.

Se repite el ejercicio las veces que sean necesarias para que se reduzca el dolor y se recomendará practicar en casa.

**Sesión 9: Técnica de Programación neurolingüística para el dolor “Técnica del globo”**

**Objetivo:** Reducir el dolor mediante la visualización de colores y alejamiento de imágenes.

**Tiempo:** 20 minutos

**Desarrollo:**

Se le pide al paciente que se ponga en una posición cómoda, que intente relajarse completamente y cierre los ojos. Deberá inhalar profundamente por la nariz, sostener la respiración por 3 segundos y exhalar por la boca lentamente. Este proceso se repetirá por 5 minutos.

Se le darán las siguientes instrucciones:

Piensa en el síntoma que tienes y ubícalo exactamente.

A este síntoma dale un nombre, puede ser “dolor”, “malestar”, “molestia”, “ardor”, “punzada”, etcétera.

Coloca la palabra que escogiste frente a ti y date cuenta de qué color son las letras.

Casi siempre el color tiende a ser oscuro. Ahora piensa que estas letras tienen una llavecita debajo de cada una, como la llave del agua, y las vaciamos de color. Las dejamos huecas.

Ahora que están huecas, rellénalas con el color pastel de tu preferencia.

Cuando todas las letras estén llenas con un color pastel agradable, amárrale un globo a cada una en la parte de arriba.

Ve cómo cada letra empieza a flotar y a subir, y cómo se alejan, flotando. Poco a poco suben más y más y se van alejando.

Cada vez se ven más pequeñas y más lejanas, hasta que desaparecen de la vista.

Respira profundamente y retoma el aquí y el ahora y verifica si el dolor o malestar disminuyó o desapareció. Si todavía queda algo, repite el mismo ejercicio para que ceda.

Se repite el ejercicio las veces que sean necesarias para que se reduzca el dolor y se recomendará practicar en casa.

**Sesión 10: Técnica de Programación neurolingüística para el dolor “Técnica del símbolo”**

**Objetivo:** Disminuir considerablemente un dolor fuerte hasta erradicarlo por medio de imágenes.

**Tiempo:** 20 minutos

**Desarrollo:**

Se le pide al paciente que se ponga en una posición cómoda, que intente relajarse completamente y cierre los ojos. Deberá inhalar profundamente por la nariz, sostener la respiración por 3 segundos y exhalar por la boca lentamente. Este proceso se repetirá por 5 minutos.

Se le darán las siguientes instrucciones:

Localiza el lugar exacto del malestar y toma contacto con él.

A ese malestar bien localizado dale forma, color, textura, tamaño, temperatura, etc., a esta forma que acabas de crear la llamaremos SÍMBOLO y representa tu dolor o malestar.

Ejemplo: si sufres de migraña, podrías sentir el malestar como un casco de metal; si padeces gastritis, tal vez la percibas como una fogata en el estómago. Lo que imagines como SÍMBOLO está bien.

Una vez que tengas el SÍMBOLO bien claro en tu mente, piensa qué le cambiarías para que dejara de molestarte.

Cómo debe ser el SÍMBOLO para que sea agradable y deje de causar daño.

Ejemplo: el casco de metal de la migraña lo cambio por un casco de esponja rosa porque esta representación no me molesta. La fogata de la gastritis la apago con una manguera de bomberos y siento alivio.

Modifica lo que quieras, como quieras; el tamaño (de grande a pequeño), la temperatura (de caliente a fresco), el color (de rojo a rosa), la textura (de áspera a suave), o todo, como en el caso de la gastritis. Lo importante es que lo representes de una manera y luego lo transformes para tu beneficio. Estas imágenes son muy poderosas.

Cuando logres modificar tu SÍMBOLO, mantenlo presente en tu mente y graba esta imagen con todas las sensaciones agradables en tu memoria. Ya que lo tengas claro, comunícale al síntoma que así es como quieres que funcione de hoy en adelante. De esta manera será más fácil la convivencia entre los dos.

En el futuro, apenas sientas que empieza a aparecer el síntoma anterior, trae a tu mente consciente el SÍMBOLO creado y modificado para iniciar la nueva programación.

Se repite el ejercicio las veces que sean necesarias para que se reduzca el dolor y se recomendará practicar en casa.

### **Sesión 11: La familia es el apoyo**

**Objetivo:** Realizar la psicoeducación con los familiares o cuidadores principales acerca de las consecuencias emocionales de la enfermedad y el tratamiento de su paciente

**Tiempo:** 20 minutos

#### **Desarrollo:**

Se les explicará a los familiares, mediante un afiche, cómo la enfermedad y el tratamiento afecta a la parte emocional de su paciente. Luego se les preguntará si habían identificado alguno de los síntomas emocionales ya presentados en sus pacientes y qué hicieron para mejorar la situación.

Se les pedirá también que expresen cómo les afecta a ellos la enfermedad o el tratamiento del paciente, para que así haya una mejor comprensión emocional por ambas partes.

Se les dirá que propongan soluciones para solucionar conflictos que estén presentes y redactarán una carta de compromiso de seguir trabajando con la técnicas brindadas en las sesiones anteriores.