

## Planeación de actividades en pacientes con ERCT: Propuesta de intervención para depresión, ansiedad y calidad de vida

### Scheduling activities in patients with ESRD: Proposal intervention for depression, anxiety and quality of life

Isaías Vicente Lugo González  
Programa de Maestría y Doctorado en  
Psicología  
Facultad de Estudios Superiores - Iztacala  
UNAM

Yuma Yoaly Pérez Bautista  
Programa de Maestría y Doctorado en  
Psicología  
Facultad de Estudios Superiores - Iztacala  
UNAM

La Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT) es un padecimiento en el que progresivamente se dependerá de un tratamiento sustitutivo. La enfermedad y las comorbilidades favorecen consecuencias psicosociales como depresión, ansiedad, limitaciones físicas y sociales, mismas que repercuten de forma importante en su calidad de vida. Desde la medicina conductual se ofrecen alternativas conductuales de intervención que favorecen el afrontamiento activo de la enfermedad, derivando en una mejor adaptación, disminución de repercusiones emocionales y físicas. Se presenta los casos de dos mujeres con ERCT con quienes se implementó un programa de planeación de actividades, con el propósito de disminuir los síntomas de depresión y ansiedad, y mejorar la calidad de vida. Los resultados obtenidos muestran una disminución clínicamente significativa en los síntomas de depresión (-54% y -46% para cada participante), ansiedad (-50% y -61% respectivamente) y mejoría en la calidad de vida (-46% y -51% respectivamente) entre la evaluación y postevaluación. Se concluye que la implementación de intervenciones psicológicas estructuradas concomitantes con el inicio del tratamiento hemodialítico apoya a la disminución del impacto negativo de la ERCT, asimismo, se sugiere este tipo de intervenciones para formar parte de tratamiento interdisciplinario en la ERCT.

*Palabras clave:* ERCT, planeación de actividades, evaluación conductual, depresión, ansiedad, calidad de vida.

End Stage Renal Disease (ESRD) is a condition in which progressively depends on a substitute treatment. Illness and comorbidities increase psychosocial consequences such as depression, anxiety, physical and social limitations, which have an important impact on their quality of life. From behavioral medicine offered alternatives of intervention that promote the active coping of the illness, resulting in a better adaptation, reduction of emotional and physical consequences. Two women with ESRD participated in a program of scheduling activities, with the purpose of reducing the symptoms of depression and anxiety, and improve the quality of life. The results obtained show a clinically significant decrease in the symptoms of depression (-54% y -46% for each participant), anxiety (-50% y -61% respectively) and improvement in quality of life (-46% y -51% respectively) between evaluation and post-evaluation. It is concluded that the implementation of structured psychological interventions concomitant with the initiation of hemodialysis treatment supports the reduction of the negative impact of the ERCT, also, it is suggested this type of interventions to be part of the interdisciplinary treatment in the ESRD.

*Keywords:* ESRD, activity scheduling, depression, anxiety, quality of life

La Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT) es un padecimiento multicausal que consiste en la pérdida de la función renal. Entre sus principales causas están la nefropatía diabética, la hipertensión arterial y las enfermedades glomerulares (Skorecki, Green, & Brenner, 2001; Tamayo & Orozco, 2015). Cabe señalar que, las personas con ERCT progresivamente dependerán de un tratamiento sustitutivo (diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante renal).

En México, es una de las principales causas de atención hospitalaria y de urgencias. Se estima una incidencia de pacientes con ERCT de 377 casos por cada millón de habitantes y se calculan unos 52.000 pacientes en terapias sustitutivas (Méndez-Durán, Méndez-Bueno, Tapia-Yáñez, Muñoz-Montes, & Aguilar-Sánchez, 2010; Tamayo & Orozco, 2015).

De manera particular, aquellos pacientes en tratamiento hemodialítico llevan a cabo sesiones de hemodiálisis con duración de al menos tres horas, tres veces a la semana, además de complementar su tratamiento con restricción del consumo de líquido, alimentos y el uso de diversos medicamentos (Peña-Rodríguez & Ramos-Gordillo, 2015).

Quienes viven con este tipo de enfermedad, caracterizada por ser altamente demandante, enfrentan de manera permanente importantes cambios en el estilo de vida. Las limitaciones en la dieta, en las relaciones sociales, familiares, laborales e incluso en el aspecto físico, están asociados con el desarrollo de alteraciones emocionales, como depresión y ansiedad, y en conjunto todas estas modificaciones y repercusiones impactan de manera negativa en la calidad de vida relacionada con la salud (Contreras, Esguerra, Espinosa, Gutiérrez, & Fajardo, 2006; Livneh, Lott, & Antonak, 2004; Livneh & Antonak, 2005; Sáenz-Ortega, 2015).

La evaluación de la calidad de vida permite una identificación de las áreas vitales que se ven afectadas por la enfermedad, además de ser un indicador subjetivo para la valoración de los efectos de tratamientos médicos y psicológicos (Coelho, Ramos, Prata, Bettencourt, & Ferreira, 2005; Mckercher et al., 2013; Rambod, Rafai, & Hossaini, 2008). Las principales áreas evaluadas en la calidad de vida son: física, social y psicológica (Coelho et al., 2005; Mckercher et al., 2013; Rambod et al., 2008).

A este respecto, los síntomas de ansiedad y depresión son las principales comorbilidades de tipo psicológico identificadas en pacientes con ERCT. Dichos síntomas guardan una relación bidireccional con un escaso control del padecimiento, limitaciones funcionales y pobre calidad de vida (Christensen & Ehlers, 2002; González et al., 2011; Jansen, Rijken, Heijmans, Kaptein, & Groenewegen, 2012; Mckercher et al., 2013; Mucsi, 2008). Se ha identificado que entre el 30% y el 80% de los pacientes con ERCT en hemodiálisis (HD) presentan algún grado de depresión y ansiedad (Cukor et al., 2007; Esquivel-Molina, 2009; García & Calvanese, 2008; Ibrahim, Desa, & Chiew-Tong, 2011; Mckercher, Sanderson, & Jose, 2013; Moreno-Núñez, 2004).

Ahora bien, desde el marco de referencia de la Medicina Conductual, es necesario realizar intervenciones psicológicas como parte del tratamiento interdisciplinario en atención a los pacientes con ERCT, esto, para cumplir objetivos asociados al

manejo de síntomas de depresión y ansiedad, mantenimiento de conductas saludables, favorecer las interacciones funcionales de acuerdo al contexto y en el afrontamiento de situaciones estresantes asociadas a la enfermedad, así como mejorar la calidad de vida (DeGood, Crawford, & Jongsman, 1999; Vázquez-Mata & Reynoso-Erazo, 2014).

En el caso del manejo de las repercusiones emocionales se ha identificado que la Activación Conductual es uno de los tratamientos más efectivos. Una de las principales etapas de esta intervención es la programación de actividades reforzantes destinadas al incremento en el contacto con actividades placenteras y que favorece el afrontamiento activo de situaciones de riesgo para los estados depresivos (Kanter et al., 2010; Lejuez, D. Hopko & S. Hopko, 2001; Martell, Dimidjan, & Herman-Dunn, 2013).

## MÉTODO

### Objetivo

Derivado de las consideraciones anteriores, este trabajo tiene como propósito evaluar el efecto de un programa de intervención breve de planeación de actividades para reducir síntomas de depresión y ansiedad y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud, de dos mujeres con ERCT en HD.

### Participantes

Participaron dos mujeres con ERCT en HD de un centro de atención al enfermo renal de la Ciudad de México.

### Diseño

Se empleó un diseño N=1 con replica individual (McGuigan, 1996), diseño que posibilita la comparación del paciente antes y después del tratamiento, por lo que resulta de gran valor en el escenario clínico.

### Variables

#### *Variables independientes:*

Intervención psicológica con empleo de la técnica de planeación de actividades, dividida en ocho sesiones con una duración de 60 minutos.

*Planeación de actividades:* programación de actividades reforzantes destinadas a incrementar el contacto con situaciones placenteras y favorezcan el afrontamiento activo de situaciones de riesgo para los estados depresivos (Kanter et al., 2010; Lejuez et al., 2001; Martell et al., 2013).

#### *Variables dependientes:*

*Síntomas de depresión:* respuestas cognitivas, conductuales y emocionales, que incluyen sentimientos de tristeza, pensamientos con tendencia hacia lo negativo, deterioro en el plano motivacional y aislamiento (Vázquez, 2002).

*Síntomas de ansiedad*: respuestas cognitivas, conductuales y emocionales subjetivas, caracterizadas por anticipación al peligro, activación elevada y evitación (Barragán, Parra, Contreras, & Pulido, 2003).

*Calidad de vida relacionada con la salud*: evaluación subjetiva del impacto de la enfermedad y su tratamiento a través de los dominios físico, psicológico y social, así como del funcionamiento y bienestar (Coelho et al., 2005; Mckercher et al., 2013; Rambod et al., 2008).

### Instrumentos de evaluación y materiales

*Cedula de identificación*: incluyó preguntas sobre datos sociodemográficos, clínicos y familiares.

*Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital (HADS)* (Zigmond & Snaith, 1983) constituida por 14 ítems; siete para síntomas de ansiedad y siete para síntomas de depresión. Tiene la finalidad de evaluar dicha sintomatología en personas encontradas en el contexto hospitalario y sin patología psiquiátrica aparente. Se recomienda su uso hospitalario ya que excluye sintomatología somática de ansiedad y depresión. Se responde en una escala tipo Likert de 0-3 dependiendo de la intensidad de los síntomas. Las puntuaciones de la escala van de 0 a 21 puntos para ambos tipos de síntomas y el punto de corte para depresión es de >7 y para ansiedad es de >8. En México cuenta con propiedades adecuadas de confiabilidad (alfa de Cronbach de .90) (López et al., 2000; Martín, 2005; Morales, Alfaro, Sánchez, Guevara, & Vázquez, 2007; Noguera, Pérez, Barrientos, Robles, & Sierra, 2013).

*Escala del Estado Funcional y Calidad de Vida Relacionada con la Salud (COOP-WONCA)* (van Weel, König-Zahn, Touw-Otten, van Duijn, & Meyboom de Jong, 1995). Instrumento que comprende nueve dimensiones (forma física, sentimientos, actividades cotidianas, actividades sociales, cambio en el estado de salud, estado de salud, dolor, apoyo social y calidad de vida en general), para la evaluación de calidad de vida relacionada con la salud durante las últimas dos semanas. Cada pregunta tiene cinco opciones de respuesta tipo Likert de 1-5, acompañadas de una imagen o signo que represente la respuesta de forma gráfica. Las categorías de la calidad de vida son: excelente 1-7 puntos, muy buena 8-14, buena 15-21, regular 22-28 y mala 29-35. Cuenta con datos adecuados de confiabilidad (alfa de Cronbach de .76) y en México se ha empleado en la evaluación de pacientes con diferentes padecimientos crónicos y adultos mayores, dada su facilidad de aplicación (González & González, 2012; González & Vázquez, 2010; Jaime et al., 2011; Martín, Reig, Ferrer, & Sarró, 2004; Molina, Acevedo, Yáñez, Dávila, & González, 2013).

*Escala Visual Análoga para el Estado de Ánimo (EVA-EA)*: instrumento diseñado ad hoc para la valoración subjetiva del estado de ánimo diario. Consta de una línea horizontal con puntuaciones continuas del 0 al 100, en la parte inicial de la línea se encuentra una representación gráfica de un rostro sonriente (0) y al finalizar la línea se encuentra una segunda representación

gráfica de un rostro triste (100).

*Registro de Planeación de Actividades de Activación Conductual*: hoja de registro diseñada para la intervención. Consta de los siguientes apartados ¿Qué actividad quiero hacer?, ¿Qué necesito?, ¿Cuándo y cuánto tiempo durará la actividad?, ¿La haré sola (o) o acompañada (o)? y ¿Cómo me sentí al realizar la actividad del 0 al 100? Los apartados favorecen un plan de acción para cada semana y especifican las condiciones para hacer las actividades.

### Procedimiento

Las dos participantes fueron atendidas durante su sesión de hemodiálisis. Como parte del protocolo de atención del centro de hemodiálisis, se entrevistó y evaluó conductualmente a las pacientes, por medio de los instrumentos ya descritos. Posteriormente, se realizó el análisis de la información recabada, para proponer la implementación un programa de intervención basado en la planeación de actividades. Las participantes aceptaron recibir la atención psicológica con base en las características planteadas.

En lo que respecta a la estructura de la intervención y las actividades durante cada sesión, para ambas participantes, se organizaron de la siguiente manera:

#### *Evaluación*

Sesión 1: evaluación inicial para pacientes en hemodiálisis (entrevista general, evaluación conductual y psicométrica con el HADS y la COOP-WONCA).

Sesión 2: Durante la sesión: 1) explicación del problema, 2) propuesta y explicación de intervención. Actividades para casa: 1) petición de la lista de actividades para activación, 2) registro del estado de ánimo (proporcionándole el formato de EVA-EA) y 3) registro de actividades cotidianas durante una semana; para la realización de este registro se implementó un formato diseñado ad hoc con las siguientes preguntas: ¿Qué hago? Información correspondiente al registro de actividades cotidianas durante una semana, ¿Qué me gustaría hacer? Información relacionada con la lista de actividades para activación, ¿Qué puedo hacer? y ¿Qué me permiten hacer? información correspondiente a la asesoría con el nefrólogo sobre la existencia de actividades no recomendadas, dado su estado funcional y nutricional.

#### *Intervención*

Sesión 3 y 4: Durante la sesión: revisión de las actividades para casa, retroalimentación sobre los registros, psicoeducación sobre depresión, ansiedad y planeación gradual de actividades. Actividades para casa: registro del estado de ánimo (proporcionándole el formato de EVA-EA).

Nota: Las participantes tuvieron inconvenientes para el registro de actividades cotidianas y el listado de actividades para la activación, por lo que esta información se recabó durante estas dos sesiones.

Sesión 5 a 10: Durante las sesiones: 1) revisión de las actividades para casa, 2) discusión del cumplimiento de cuatro actividades que fueron planeadas, del impacto en su estado de

ánimo y funcionalidad, 3) retroalimentación y refuerzo sobre los registros y actividades llevadas a cabo, el cual se ofrecía identificando las actividades que mejores efectos tuvieran sobre el estado de ánimo. Actividades para casa: registro del estado de ánimo (proporcionándole el formato de EVA-EA).

Nota: Las participantes tuvieron inconvenientes para la implementación de dos planes de actividades por lo que la intervención se alargó dos sesiones más.

*Postevaluación*

Sesión 11: evaluación conductual y psicométrica con el HADS y la COOP-WONCA. Durante esta sesión se reforzó (que las actividades para la mejoría en el estado de ánimo y funcionalidad se debían centrar en actividades en casa, físicas, sociales y laborales; dada la evidencia observada durante las sesiones de intervención).

*Seguimiento*

Sesión 12: evaluación conductual y psicométrica con el HADS y la COOP-WONCA, a un mes de la sesión de postevaluación.

Durante esta sesión se reforzó que las actividades para la mejoría en el estado de ánimo y funcionalidad se debían centrar en actividades en casa, físicas, sociales y laborales; dada la evidencia observada durante las sesiones de intervención, ya que fueron que mejores efectos tuvieran sobre el estado de ánimo. Nota: debido a que la participante 2 cambió de centro de hemodiálisis no fue posible contar con su evaluación de seguimiento.

**RESULTADOS**

Para el análisis de los resultados, se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 20 para Windows, llevándose a cabo análisis descriptivos y de comparación intrasujetos mediante el Cambio Clínico Objetivo (Cardiel, 1994), análisis recomendado para evaluar la significancia clínica de los efectos de un tratamiento, se comenta que una diferencia entre la postevaluación y la preevaluación dividida entre esta última, mayor al 20% es clínicamente significativa. Puede existir cambio negativo o positivo, esto en virtud del tipo de variable que se esté analizando (García-Flores & Sánchez-Sosa, 2013).

**Características sociodemográficas y clínicas**

En lo que respecta a la entrevista utilizada, contaba con apartados como son: datos generales de las participantes, antecedentes de la enfermedad e información clínica (ver tabla 1).

*Análisis Conductual*

Como se mencionó previamente algo característico en los pacientes con ERCT en hemodiálisis, es que la mayoría, se encuentran limitados para la realización de actividades relevantes para ellos, entran en contacto con situaciones aversivas, lo que puede dar como resultado alteraciones emocionales en diferente grado, permanencia de las limitaciones funcionales y un impacto negativo en la calidad de vida. En ambas pacientes

Tabla 1.

*Características sociodemográficas y clínicas de las participantes*

Variables	Participante 1	Participante 2
Edad	58	59
Escolaridad	Secundaria	Secundaria
Ocupación	Empleada (incapacidad)	Ex comerciante
Estado Civil	Separada	Casada
Religión	Católica	Católica
Diagnóstico	ERCT en Hemodiálisis	ERCT en Hemodiálisis
Comorbilidades	Diabetes e Hipertensión	Diabetes e Hipertensión
Tiempo de evolución	12 meses	36 meses
Diálisis peritoneal	Cuatro meses	--
Hemodiálisis	Siete meses	Un mes

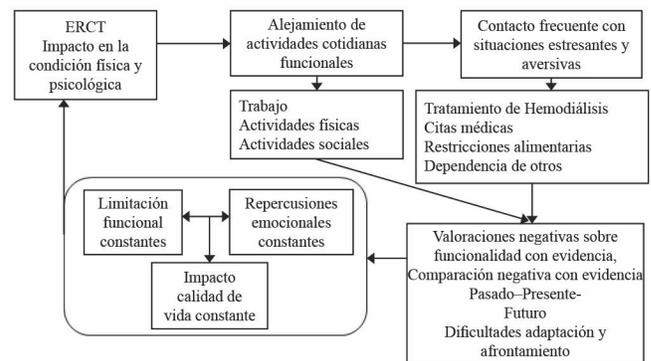


Figura 1. Análisis funcional de la conducta gráfico del proceso de repercusiones emocionales y en la calidad de vida en pacientes con ERCT en hemodiálisis

Tabla 2.

*Registro de actividades y planeación de actividades*

¿Qué hago?	¿Qué me gustaría hacer?	¿Qué puedo hacer?	¿Qué me permiten hacer?
Inactividad, pasar tiempo excesivo en cama, realización de actividades limitadas del hogar y nula realización de actividades sociales y de dispersión, dependencia de los familiares, llanto	Actividades en casa, físicas, sociales y laborales (de acuerdo con las posibilidades)	Lo que pueda, la actividad funcionará para recuperarse más rápido	

se identificaron las características mencionadas y se diseñó un análisis funcional gráfico, considerando que este proceso se presentó en ambas. El análisis se muestra en la Figura 1.

*Registro de actividades y planeación de actividades*

La información analizada de la evaluación conductual se corroboró una vez que se contó con la información del registro de actividades cotidianas durante una semana (alejamiento de actividades funcionales) y la lista de planeación de actividades para activación (necesidad de exposición con actividades reforzantes)

Tabla 3.

*Resultados en evaluación, postevaluación y seguimiento de depresión, ansiedad y calidad de vida relacionada con la salud para las dos participantes*

<b>Participante 1</b>	<b>Evaluación</b>	<b>Postevaluación</b>	<b>CCO</b>	<b>Seguimiento</b>
<b>Instrumento</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Puntaje</b>	<b>%</b>	<b>Puntaje</b>
<b>HADS</b>				
Depresión	Síntomas (11)	No síntomas (5)	-54	No síntomas (4)
Ansiedad	Síntomas (14)	No síntomas (7)	-50	No síntomas (6)
<b>COOP/WONCA</b>				
Física	Ligera (4)	Muy intensa (1)	-75	Muy intensa (1)
Emocional	Bastante (4)	Moderada (3)	-25	Un poco (2)
Actividades Cotidianas	Moderada (3)	Nada (1)	-66	Nada (1)
Actividades Sociales	Bastante (4)	Nada (1)	-75	Nada (1)
Cambio en Salud	Igual (3)	Mucho mejor (1)	-66	Mucho mejor (1)
Estado de Salud	Regular (4)	Buena (3)	-25	Buena (3)
Dolor	Leve (2)	Nada (1)	-50	Nada (1)
Apoyo Social	Alguien (4)	Alguien (4)	--	Alguien (4)
TOTAL	Regular (28)	Buena (15)	-46	Buena (14)
<b>Participante 2</b>	<b>Evaluación</b>	<b>Postevaluación</b>	<b>CCO</b>	<b>Seguimiento</b>
<b>Instrumento</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Puntaje</b>	<b>%</b>	<b>Puntaje</b>
<b>HADS</b>				
Depresión	Síntomas (15)	Síntomas (8)	-46	
Ansiedad	Síntomas (13)	No síntomas (5)	-61	
<b>COOP/WONCA</b>				
Física	Muy ligera (5)	Moderada (3)	-40	
Emocional	Intenso (5)	Moderada (3)	-40	
Actividades Cotidianas	Mucha dificultad (5)	Poca dificultad (2)	-60	
Actividades Sociales	Muchísimo (5)	Nada (1)	-80	
Cambio en Salud	Poco mejor (2)	Mucho mejor (1)	-50	
Estado de Salud	Buena (3)	Muy buena (2)	-33	
Dolor	Intenso (5)	Ligero (3)	-40	
Apoyo Social	Algunos (3)	Todos (1)	-66	
TOTAL	Mala (32)	Buena (16)	-51	

Nota: CCO %: Cambio Clínico Objetivo en porcentaje

Para la descripción de estos resultados se usó el formato reportando en la sesión 2 de intervención. En la Tabla 2 se muestra la información resumida.

*Depresión, ansiedad y calidad de vida relacionada con la salud*

En lo que respecta a los aspectos emocionales, la evaluación de ansiedad, depresión y calidad de vida, son variables medulares en los pacientes con ERCT, ya que son las principales consecuencias de tipo psicológico en esta población, y favorecen en gran medida repercusiones adicionales en la calidad de vida. En la Tabla 3 se muestran los resultados que se obtuvieron en los tres momentos de evaluación en las variables ya mencionadas.

*Resultados en evaluación, postevaluación y seguimiento de depresión, ansiedad y calidad de vida relacionada con la salud para las dos participantes*

Como se puede observar el efecto de la intervención muestra resultados favorables en la disminución de puntajes asociados a los síntomas de depresión, ansiedad y pobre calidad de vida relacionada con la salud, mismos que se mantienen para el seguimiento. De manera general, la participante 2 presentó cambios mayores en las variables dependientes, sin embargo, los cambios en ambas participantes fueron clínicamente significativos.

La disminución del puntaje para síntomas de depresión en la HADS se relacionó a su vez con la valoración que hacían las participantes sobre su estado de ánimo diario. En la Figura 2 se muestran los promedios semanales en la EVA-EA. De la participante 1 se recuperaron los datos de ocho sesiones (de la sesión tres a la 10) y para la participante 2 sólo se recuperaron los datos de siete sesiones (de la sesión tres a la nueve).

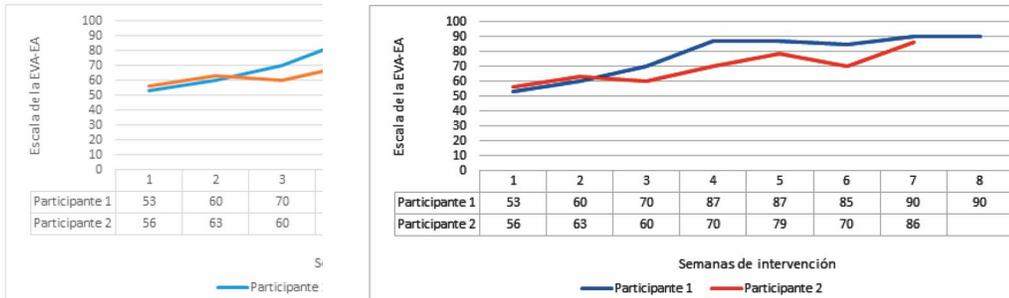


Figura 2. Promedios semanales en la EVA-EA para las dos participantes

Los resultados en la EVA-EA indican una mejoría reportada por las participantes a lo largo de las semanas de tratamiento. La participante 1 inició con un promedio semanal de 53 y finalizó con un promedio semanal de 90, y en lo que respecta a las puntuaciones del HADS, en la sesión de evaluación puntuó con síntomas de depresión y finalizó con puntuaciones que corresponden a no tener síntomas. Por su parte, la participante 2 inició con un promedio semanal de 56 y finalizó con un promedio semanal de 86 en el EVA-EA; en lo que respecta a las puntuaciones del HADS, en la sesión de evaluación puntuó con síntomas de depresión, después de la intervención se observó una disminución en la puntuación general del instrumento, sin embargo, de acuerdo con los parámetros que se establecen en éste, la paciente aún puntuó en el límite para síntomas de depresión ( $8 = >7$ ).

## CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

En este trabajo se tuvo como propósito disminuir la sintomatología de depresión y ansiedad, y aumentar la calidad de vida relacionada con la salud, con los resultados expuestos se puede concluir que el objetivo se consiguió. Sin embargo, no se puede dejar de lado que la misma enfermedad tiene efectos directos sobre y los síntomas de depresión, ansiedad y calidad de vida; principalmente en el área física (Cohen, Patel, Khetpal, Peterson, & Kimmel, 2007; Soni, Weisbord, & Unruh, 2010, Tsai et al., 2010). De acuerdo con Finkelstein et al. (2009), Mujais et al. (2009) y Paraskevi (2011), las mujeres, el aumento en la edad, comorbilidades como diabetes, anemia, hipoalbuminemia y trastornos cardiovasculares, repercuten claramente en la calidad de vida y estado emocional. Por lo tanto, el hecho de que las participantes estuvieran iniciando tratamiento hemodialítico ayudó al mejoramiento en la calidad de vida y síntomas emocionales. Ahora bien, la intervención psicológica se plantea como una actividad concomitante con el tratamiento médico, esperando conseguir una mejoría más rápida y apoyando al desarrollo de estrategias para afrontar la enfermedad de manera funcional (DeGood et al., 1999; Saenz-Ortega, 2015; Vázquez-Mata & Reynoso-Erazo, 2014).

En este contexto, la intervención sobre depresión y ansiedad es de relevancia debido a que afectaciones en estas áreas se han asociado con un aumento en hospitalizaciones, mortalidad y

et al., 2007; Finkelstein et al., Adwin, & Lawton, 2010; Mujais et al., 2009), la depresión es una de las más constantes en los pacientes con ERCT. Mujais et al. (2013) encontraron, en una muestra de 54 pacientes con ERCT, que el 26.5% reportaba síntomas de depresión. Por su parte Moreno-Núñez et al. (2013) encontraron que el 44% presentaban síntomas de depresión en el mismo modo, Esquivel-Molina et al. (2009) encontraron en una muestra de 54 pacientes que el 52.7% reportó síntomas de depresión.

En lo que respecta a la intervención desarrollada, existen aspectos teóricos que sugieren que ésta puede ser una intervención adecuada para los pacientes con ERCT y síntomas depresivos, ya que se ven expuestos a una baja tasa de refuerzo positivo y una alta tasa de castigo, respecto de sus conductas habituales (limitaciones, consecuencias negativas de su actividad y síntomas de la ERCT), como resultado de esto, su patrón conductual habitual se ve disminuido, mismo que se ve favorecido por limitaciones sostenidas en el comportamiento, así como por el contexto de la persona (Lewinsohn et al., 2007). Por lo tanto, objetivos generales para el manejo de síntomas de depresión serían: 1) favorecer las habilidades de autocontrol; 2) aumentar la tasa de reforzamiento positivo; y 3) favorecer las habilidades sociales/interpersonales y el contacto social (A. M. Nezu, C. M. Nezu, & Lombardo, 2006), esto mediado por la planeación de actividades y centrado en las actividades funcionales placenteras (Lewinsohn & Graf, 1973). Ahora bien, esta estructura teórica y de seguimiento de objetivos mediados por un tratamiento particular, toma sentido en virtud del desarrollo del análisis funcional de la conducta, ya que, con éste se plantea un análisis y un tratamiento completamente individual.

Aunado y reforzando lo anterior, en la literatura de investigación la activación conductual, misma que incluye la planeación de actividades, ha sido probada para el manejo efectivo de síntomas depresivos en personas sin padecimientos crónicos (Barraca, 2010; Spates, Pagoto, & Kalata, 2006), para el control del consumo de tabaco (MacPherson et al., 2010), y en adultos mayores (Polenick & Flora, 2013). De igual manera, ha mostrado evidencia para el manejo de síntomas de depresión en pacientes con enfermedades crónicas, como por ejemplo: diabetes tipo II (Hardy et al., 2015), infarto al miocardio y EPOC (Gellis, Kenaley, & Have, 2014), cáncer (Fernández, Villoria, Fernández, & González, 2014; Hopko, Bell, Armento, Hunt, & Lejuez, 2005) y fibromialgia (Lundervold, Talley, & Buermann, 2008); y se espera mayor evidencia en otros padecimientos crónicos en el futuro (Harris, Farrad, & Dickens, 2013).

En lo que respecta a los instrumentos de evaluación de acuerdo con Kellerman et al. (2010) los más recomendados para evaluar depresión y ansiedad en pacientes con ERCT son el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad de Beck, adaptados y eliminando los ítems sobre síntomas físicos; sin embargo, se optó por el empleo de la HADS dadas las características del instrumento (brevedad de aplicación, uso en

el contexto hospitalario y exclusión de sintomatología somática de ansiedad y depresión). De la misma manera, la elección de la escala COOP-WONCA es de amplio uso en pacientes con ERCT para la evaluación de calidad de vida relacionada con la salud (Arenas et al., 2007)

A pesar de que en el análisis funcional gráfico se toma en cuenta las valoraciones que las participantes hacen de su proceso de enfermedad, los síntomas de depresión y ansiedad se manejan con base en las consecuencias derivadas del cambio conductual (planeación de actividades) y vinculando funcionalmente su efecto con el estado emocional, conductual, social y de calidad de vida. Esto se especifica ya que de acuerdo con Barraca (2016) el manejo de síntomas de depresión, desde la activación conductual, se debe centrar en el comportamiento más que en el contenido de los pensamientos.

Finalmente, aunque se observaron cambios clínicamente significativos hay que tomar en cuenta que el número de réplicas no fue extenso, ya que en virtud de que existan un número mayor se puede comprobar de mejor manera el efecto de la intervención en diferentes pacientes. No se puede dejar de lado la ausencia de pacientes de comparación sin tratamiento psicológico (sólo con tratamiento médico), lo cual hubiera ofrecido una evidencia mayor sobre los efectos del tratamiento psicológico. Además, resulta importante estar preparado para que los pacientes encuentren obstáculos para realizar la planeación de actividades, por donde hay que analizarlos e incluirlos en el proceso de activación, ya que se pueden convertir en una serie limitación.

Asimismo, sería de gran relevancia intervenir con pacientes con tiempo de evolución de la enfermedad más amplios, con diferentes edades y con pacientes masculinos.

Resulta fundamental la evaluación psicométrica de diferentes áreas ya que es necesario contar con indicadores claros del estatus de los pacientes en variables particulares, mismos que apoyen el contraste después de un tratamiento. Sin embargo, el análisis funcional de la conducta también se sugiere como una herramienta fundamental de evaluación en el contexto clínico, misma que apoya en la dirección y planeación del tratamiento.

### Referencias

- Arenas, M. D., Álvarez-Ude, F., Reig-Ferrer, A., Zito, J. P., Gil, M. T., Carretón, M.A., ... & Moledous, A. (2007). Emotional distress and health-related quality of life in patients on hemodialysis: The clinical value of COOP-WONCA charts. *Journal of Nephrology*, 20, 304-310. PMID: 17557263
- Barraca, M. J. (2010). Aplicación de la Activación Conductual en un paciente con sintomatología depresiva. *Clinica y Salud*, 21(2), 183-197. doi: 10.5093/cl2010v21n2a7
- Barraca, M. J. (2016). La Activación Conductual en la práctica: técnicas, organización de la intervención, dificultades y variantes. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42(165-6). <http://uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/view/2792>
- Barragán, B., Parra, C., Contreras, M., & Pulido, P. (2003). Manejo de la ansiedad mediante la combinación de desensibilización sistemática, con relajación muscular, relajación autógena y biorretroalimentación. *Suma Psicológica*, 10(2), 135-152. doi: 10.14349/sumapsi2003.97
- Cardiel, R. (1994). La medición de la calidad de vida. En L. Moreno, F. Cano-Valle & H. García-Romero (Eds.): *Epidemiología clínica* (pp. 189-199). México: Interamericana-McGraw-Hill.
- Christensen, A., & Ehlers, S. (2002). Psychological factors in End-Stage Renal Disease: An emerging context for behavioral medicine research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 712-724. doi.org/10.1037/0022-006X.70.3.712
- Coelho, R., Ramos, S., Prata, J., Bettencourt, P., & Ferreira, A. (2005). Heart failure and health related quality of life. *Clinical Practice of Epidemiology Mental Health*, 1(19), 1-7. doi:10.1186/1745-0179-1-19
- Cohen, S. D., Patel, S. S., Khetpal, P., Peterson, R. A., & Kimmel, P. L. (2007). Pain, sleep disturbance, and quality of life in patients with chronic kidney disease. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, (2), 919-925. doi: 10.2215/CJN.00820207
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J.C., Gutiérrez, C., & Fajardo, L. (2006). Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Universitas Psychologica*, 5(3), 487-499. <http://www.redalyc.org/pdf/647/64750305.pdf>
- Cukor, D., Coplan, J., Brown, C., Friedman, S., Cromwell-Smith, A., Peterson, R. A., & Kimmel, P. L. (2007). Depression and anxiety in urban hemodialysis patients. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 2(3), 484-490. doi: 10.2215/CJN.00040107
- DeGood, D., Crawford, A., & Jongsma, A. (1999). Asthma. En: D. DeGood, A. Crawford, & A. Jongsma. *The Behavioral Medicine Planner* (pp. 29-36). EUA: John Wiley and Sons.
- Esquivel-Molina, C. G., Prieto-Fierro, J. G., López-Robledo, J., Ortega-Carrasco, R., Martínez-Mendoza, J.A., & Velasco-Rodríguez, V. M. (2009). Calidad de vida y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis. *Medicina Interna de México*, 25(4). [www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx)
- Fernández, R.C., Villoria F. G., Fernández, G. P., & González, F. S. (2014). Efectos de la activación conductual en la calidad de vida y estado emocional de los pacientes con cáncer de pulmón. *Psicooncología*, 11(2-3), 199-215. doi: 10.5209/rev\_PSIC.2014.v11.n2-3.47383
- Finkelstein, F.O., Story, K., Firanek, C., Mendelsohn, D., Barre, P., Takano, T., ... & Mujais, S. (2009). Health-related quality of life and hemoglobin levels in chronic kidney disease patients. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 4, 33-38. doi: 10.2215/CJN.00630208
- Flores-García, R., & Sánchez-Sosa, J. J. (2013). Efectos de la entrevista motivacional en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Psicología y Salud*, 23(2), 183-193. <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/500>
- García, H., & Calvanese, N. (2008). Calidad de vida percibida, depresión y ansiedad en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal. *Psicología y Salud*, 18(1), 5-15. <http://www.>

- redalyc.org/pdf/291/29118101.pdf
- Gellis, Z. D., Kenaley, B. L., & Have, T. T. (2014). Integrated telehealth care for chronic illness and depression in geriatric home care patients: The integrated telehealth education and activation of mood (I-TEAM) Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, *62*(5), 889-895. doi: 10.1111/jgs.12776
- González, D. R., & González, P. A. A. (2012). Fragilidad: prevalencia, características sociodemográficas y de salud, y asociación con calidad de vida en adultos mayores. *Atención Familiar*, *19*(1). <http://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2012/af121a.pdf>
- González, L., Sánchez, S., Morales, L., Ostrosky, F., Alberú, J., García, G., ... & McClintock, S. (2011). Assessment of emotional distress in chronic kidney disease patients and kidney transplant recipients. *Revista de Investigación Clínica*, *63*(6), 558-563. PMID: 23650668
- González, P. A. A., & Vázquez, N. I. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de una clínica de medicina familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, *48*(5), 475-484. <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2010/im105c.pdf>
- Hardy, S., Al Shamari, B. K., Al-Mutawa, M. N. Q., Mathias, J., Ekers, D., Gellatly, J., ... & Gray, R. (2015). Can behavioral activation be used as an alternative treatment for subthreshold depression in type 2 diabetes? *Mental Health and Family Medicine*, *11*(2), 49-52. [www.mhfmjournal.com/](http://www.mhfmjournal.com/)
- Harris, S., Farrand, P., & Dickens, C. (2013). Behavioral activation interventions for depressed individuals with a chronic physical illness: A systematic review protocol. *Systematic reviews*, *2*(1), 105. doi: 10.1186/2046-4053-2-105
- Hopko, D. R., Armento, M. E. A., Hunt, M. K., Bell, J. L., & Lejuez, C. W. (2005). Behavior therapy for depressed cancer patients in primary care. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *42*(2), 236-243. doi: 10.1037/0033-3204.42.2.236
- Ibrahim, N., Chiew-Tong, N. K., & Desa, A. (2011). Illness perception and depression with end-stage renal disease on chronic hemodialysis. *The Social Sciences*, *6*(3), 221-226. doi: 10.3923/science.2011.221.226
- Jaime, P. J. C., Sandoval, V. C. C., Marfil, R. L. J., Rodríguez, M. M., Herrera, G. J. L., Cantú, R. O. G., ... & Gómez, A. D. (2011). Evaluación de la calidad de vida en pacientes del Noreste de México con enfermedades hematológicas. *Revista de Hematología*, *12*(2), 62-67. <http://www.medigraphic.com/pdfs/hematologia/re-2011/re112c.pdf>
- Jansen, D., Heijmans, M., Rijken, M., Spreeuwenberg, P., Groenewegen, P., Dekker, F., ... & Groenewegen, P. (2013). Illness perceptions and treatment perceptions of patients with chronic kidney disease: Different phases, different perceptions? *British Journal of Health Psychology*, *18*(2), 244-262. doi:10.1111/bjhp.12002
- Jansen, D., Rijken, M., Heijmans, M., Kaptein, A., & Groenewegen, P. (2012). Psychological and social aspects of living with chronic kidney disease. En S. Manisha (Ed.) *Chronic Kidney Disease and Renal Transplantation* (pp 47-74). Netherlands: InTech. doi: 10.5772/25992
- Jacobson, N., Martell, C., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *8*(3), 255-270. doi: 10.1093/clipsy.8.3.255
- Kanter, J., Manos, R., Bowe, W., Baruch, D., Baruch, A., & Rusch, L. (2010). What is behavioral activation? A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, *30*, 608-620. doi: 10.1016/j.cpr.2010.04.001
- Kellerman, Q. D., Christensen, A. J., Baldwin, A. S., & Lawton, W. J. (2010). Association between depressive symptoms and mortality risk in chronic kidney disease. *Health Psychology*, *29*(6), 594. doi: 10.1037/a0021235
- Lejuez, C., Hopko, D., & Hopko, S. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression: Treatment manual. *Behavior Modification*, *25*(2), 255-286. doi: 10.1177/0145445501252005
- Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H., & Hautzinger, M. (2007). Tratamiento conductual de la depresión unipolar. En V. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (pp. 493-542). España: Siglo XXI.
- Lewinsohn, P. M., & Graf, M. (1973). Pleasant activities and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *41*, 261-268. doi: 10.1037/h0035142
- Livneh, H., Lott, S., & Antonak, R. (2004). Patterns of psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A cluster analytic approach. *Psychology, Health & Medicine*, *9*(4), 411-429. doi.org/10.1080/1354850042000267030
- Livneh, H., & Antonak, R. (2005). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A primer for counselors. *Journal of Counseling & Development*, *83*, 12-20. doi: 10.1002/j.1556-6678.2005.tb00575.x
- López, J., Vázquez, V., Arcila, D., Sierra, A., González, J., & Salín R. (2000). Exactitud y utilidad diagnóstica del Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) en una muestra de sujetos obesos mexicanos. *Revista de Investigación Clínica*, *54*(5), 403-409. Recuperado de <http://www.imbiomed.com>
- Lundervold, D. A., Talley, C., & Buermann, M. (2008). Effect of behavioral activation treatment on chronic fibromyalgia pain: Replication and extension. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, *4*(2), 146. <http://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ803993.pdf>
- MacPherson, L., Tull, M. T., Matusiewicz, A. K., Rodman, S., Strong, D. R., Kahler, C. W., ... & Lejuez, C. W. (2010). Randomized controlled trial of behavioral activation smoking cessation treatment for smokers with elevated depressive symptoms. *Journal of consulting and clinical psychology*, *78*(1), 55. doi: 10.1037/a0017939
- Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2013). *Activación conductual para la depresión: Una guía clínica*. España: Desclée de Brouwer.
- Martin, C. (2005). What does the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) really measure in liaison psychiatry settings? *Current Psychiatry Reviews*, *1*, 69-73. doi: <http://dx.doi.org/10.2174/1573400052953510>
- Martín, F., Reig, A., Ferrer, R., & Sarró, F. (2004). Láminas COOP/

- WONCA: ¿un instrumento válido para determinar la CVRS en el paciente en diálisis? *Nefrología*, 24(2), 192-193. <http://www.revistanefrologia.com/es>
- McGuigan, F. (1996). *Psicología experimental: métodos de investigación*. México: Prentice-Hall Hispanoamericana.
- McKercher, C., Sanderson, K., & Jose, M. D. (2013). Psychosocial factors in people with chronic kidney disease prior to renal replacement therapy. *Nephrology*, 18, 585-591. doi: 10.1111/nep.12138.
- McKercher, Ch., Venn, A., Blizzard, L., Nelson, M., Palmer, A., Ashby, M., ... & Jose, M. (2013). Psychological factors in adults with chronic kidney disease: characteristics of pilot participants in the Tasmanian Chronic Kidney Disease study. *BMC Nephrology*, 14(83), 14-28. doi: 10.1186/1471-2369-14-83
- Méndez-Durán, A., Méndez-Bueno, J. F., Tapia-Yáñez, T., Muñoz Montes, A., & Aguilar-Sánchez, L. (2010). *Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México*. *Revista de Diálisis y Trasplante Renal*, 31(1), 7-11. doi: 10.1016/S1886-2845(10)70004-7
- Morales, T., Alfaro, O., Sánchez, S., Guevara, U., & Vázquez, F. (2007). Ansiedad y depresión por dolor crónico neuropático y nociceptivo. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46(5), 479-484. Recuperado de <http://www.redalyc.org/>
- Molina, I. A., Acevedo, G. O., Yáñez, S. M., Dávila, M. R. & González, P. A. A. (2013). Comparación de las prevalencias de duelo, depresión y calidad de vida asociados con la enfermedad entre pacientes con diabetes mellitus tipo 2 descontrolados y controlados. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 18(1), 13-18. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47326333003>
- Moreno-Núñez, E., Arenas-Jiménez, M., Porta-Bellmar, E., Escalant-Calpena, L., Cantó-García, M., Castell-García, G., ... & Cases-Iborra, J. M. (2004). Estudio de la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes en hemodiálisis. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 7(4), 17-25. doi.org/10.4321/S2254-28842015000200006
- Mucsi, I. (2008). Health-related quality of life in chronic kidney disease patients. *Primary Psychiatry*, 15(1), 46-51. <http://primarypsychiatry.com/>
- Mujais, S.K., Story, K., Brouillette, J., Takano, T., Soroka, S., Franek, C., ... & Finkelstein, F.O. (2009). Health-related quality of life in CKD patients: Correlates and evolution over time. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 4, 1293-1301. doi: 10.2215/CJN.05541008
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales: un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.
- Noguera, M. J., Pérez, T., Barrientos, V., Robles, R., & Sierra, J. (2013). Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS): validación en pacientes mexicanos con infección por VIH. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 29-37. Recuperado de <http://www.redalyc.org/>
- Paraskevi, T. (2011). The role of sociodemographic factors in health-related quality of life of patients with end-stage renal disease. *International Journal of Caring Sciences*, 4(1), 40-50. <https://doaj.org/article/0233c0633f3e4c109cea5e957d0a1c7d>
- Peña-Rodríguez, J. C., & Ramos-Gordillo, J. M. (2015). Principios fisicoquímicos de la diálisis. En: J. C. Peña-Rodríguez & J. M. Ramos-Gordillo (Eds). *Diálisis fisicoquímica y fisiología: indicaciones y complicaciones*. (pp 49-65). México: Editores de Textos Mexicanos.
- Polenick, C. A., & Flora, S. R. (2013). Behavioral activation for depression in older adults: Theoretical and practical considerations. *The Behavior Analyst*, 36(1), 35. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3640887/>
- Rambod, M., Rafiai F., & Hossaini, F. (2008). Quality of life in chronic renal failure patients. *Hayat Journal*, 14(2), 51-6.
- Sáenz-Ortega, A. A. C. (2015). Trastornos emocionales y conductuales en el enfermo renal en diálisis. En: J. C. Peña-Rodríguez & J. M. Ramos-Gordillo (Eds). *Diálisis fisicoquímica y fisiología: indicaciones y complicaciones*. (pp 361-366). México: Editores de Textos Mexicanos.
- Skorecki, K., Green, J., & Breenner, B. (2001). Insuficiencia renal crónica. En E. Braunwald., A. Favci., D. Kasper., S. Hauser., D. Longo., & J. Jameson (Comp.), Harrison. *Principios de medicina interna, Vol II* (pp 1815-1839). México: McGrawHill.
- Soni, R. K., Weisbord, S. D., & Unruh, M. L. (2010). Health-related quality of life outcomes in chronic kidney disease. *Current Opinion in Nephrology and Hypertension*. 19(2), 153-159. DOI: 10.1097/MNH.0b013e328335f939
- Spates, C. R., Pagoto, S. L., & Kalata, A. (2006). A qualitative and quantitative review of behavioral activation treatment of major depressive disorder. *The Behavior Analyst Today*, 7(4), 508-521. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/journals/557/>
- Tamayo y Orozco, J. A. (2015). Epidemiología de la enfermedad renal en el siglo XXI. En: J. C. Peña-Rodríguez & J. M. Ramos-Gordillo (Eds). *Diálisis fisicoquímica y fisiología: indicaciones y complicaciones*. (pp. 3-10). México: Editores de Textos Mexicanos.
- Tsai, Y. C., Hung, C. C., Hwang, S. J., Wang, S. L., Hsiao, S. M., Lin, M. Y., ... & Chen, H. C. (2010). Quality of life predicts risks of end-stage renal disease and mortality in patients with chronic kidney disease. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 25, 1621-1626. doi: 10.1093/ndt/gfp671
- van Weel, C., König-Zahn, C., Touw-Otten, F. W. M. M., van Duijn, N. P., & Meyboom-de Jong, B. (1995). Measuring functional health status with the COOP/WONCA Charts: A manual. Netherland: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000150/0000103.pdf>
- Vázquez, F. (2002). La técnica de solución de problemas aplicada a la depresión mayor. *Psicothema*, 14(1), 516-522. Recuperado de <http://www.redalyc.org/>
- Vázquez-Mata, I., & Reynoso-Erazo, L. (2014). El especialista en medicina conductual y la atención al enfermo renal. En: L. Reynoso & A. L. Becerra (Eds). *Teoría y práctica de la medicina conductual*. (pp. 193-212). México: Qartuppi. <http://www.qartuppi.com/medicinaconductual.pdf>
- Zigmond, A., & Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psiquiatrica Scandinavica*, 67, 361-370. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

