



UTPL

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, EDUCACIÓN Y
HUMANIDADES**

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**Abordaje psicológico integrativo en un caso de Bulimia
Nerviosa en paciente con Insuficiencia Renal Crónica
en tratamiento de Hemodiálisis**

Trabajo de integración curricular previo a la obtención del título de:

LICENCIADA EN PSICOLÓGIA CLÍNICA

Autora: Narváez Cevallos, Karla Doménica

Directora: Figueroa Salazar, Diana Stefanía

LOJA

2024



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NC-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

2024

Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular

Loja, 23 de septiembre de 2024

Magister

Gianella Lisbeth Toro Sánchez

Directora de la carrera de Psicología Clínica

Ciudad. -

Me permito comunicar que, en calidad de directora del presente Trabajo de Integración Curricular denominado: Abordaje integrativo en un caso de Bulimia Nerviosa en paciente con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de Hemodiálisis, realizado por Karla Doménica Narváez Cevallos ha sido orientado y revisado durante su ejecución, así mismo ha sido verificado a través de la herramienta de similitud académica institucional, y cuenta con un porcentaje de coincidencia aceptable. En virtud de ello, y por considerar que el mismo cumple con todos los parámetros establecidos por la Universidad, doy mi aprobación a fin de continuar con el proceso académico correspondiente.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Director: Diana Stefanía Figueroa Salazar

C.I.: 1104417306

Correo electrónico: dsfigueroa3@utpl.edu.ec

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, Karla Doménica Narváez Cevallos, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autor (a) del Trabajo de Integración Curricular denominado: Abordaje psicológico integrativo en un caso de Bulimia Nerviosa en paciente con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de Hemodiálisis, de la carrera de Psicología Clínica, específicamente de los contenidos comprendidos en: capítulo 1 marco teórico, capítulo 2 metodología, capítulo 3 resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones, siendo la Mgtr. Diana Stefanía Figueroa Salazar directora del presente trabajo; también declaro que la presente investigación no vulnera derechos de terceros ni utiliza fraudulentamente obras preexistentes. Además, ratifico que las ideas, criterios, opiniones, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad. Eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, en relación a la propiedad intelectual de este trabajo.

Que la presente obra, producto de mis actividades académicas y de investigación, forma parte del patrimonio de la Universidad Técnica Particular de Loja, de conformidad con el artículo 20, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior; y, artículo 91 del Estatuto Orgánico de la UTPL, que establece: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad", en tal virtud, cedo a favor de la Universidad Técnica Particular de Loja la titularidad de los derechos patrimoniales que me corresponden en calidad de autor/a, de forma incondicional, completa, exclusiva y por todo el tiempo de su vigencia.

La Universidad Técnica Particular de Loja queda facultada para ingresar el presente trabajo al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública, en cumplimiento del artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

.....

Autor: Karla Doménica Narváez Cevallos

C.I.: 0704927540

Correo electrónico: kdnarvaez2@utpl.edu.ec

Dedicatoria

Dedico mi trabajo de titulación con mucho cariño a mis padres, por todo su apoyo, amor y comprensión, motivándome a ser mejor cada día, lo que me ha permitido formarme con principios, valores y perseverancia para no rendirme a lo largo de este duro camino.

A mis hermanos, por estar conmigo durante todo mi proceso personal y profesional, sacándome una sonrisa aun en los días malos. Por último, a mis abuelos, por ser mis consejeros y en quienes puedo acudir siempre que los necesite.

Agradecimiento

Primeramente, doy gracias a Dios por permitirme vivir un día más de vida y brindarme la oportunidad de tener una familia cariñosa que me ama y busca que cumpla todos mis metas. A mis padres, por su apoyo incondicional a lo largo de la vida y en todas las decisiones que he tomado como son el continuar con mis estudios superiores. A mi tutora de tesis, por sus conocimientos, orientaciones, paciencia y dedicación, han sido fundamentales para el desarrollo de este trabajo, como de mi experiencia bajo su tutela.

También me gustaría agradecer a mi centro de prácticas que me abrió las puertas para poder realizar mi caso clínico de sistematización y a todos sus colaboradores por tratarme con respeto. A mi paciente, por permitirme conocer un pedazo de su historia y brindarle todo mi esfuerzo en busca de su mejora. Asimismo, agradezco a mi pareja y amigas que he hecho durante mi formación universitaria, apoyándome, escuchándome y demostrándome que son leales, serviciales y recíprocos con el cariño que les puedo tener, soy una persona afortunada de tenerlos a mi lado, gracias.

Índice de contenido

Carátula	I
Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular	II
Declaración de autoría y cesión de derechos.....	III
Dedicatoria	V
Agradecimiento.....	VI
Índice de contenido	VII
Resumen.....	1
Abstract	2
Introducción	3
Capítulo uno.....	7
Marco teórico	7
1.1 Presentación del caso	7
1.1.1 Identificación del paciente	7
1.1.2 <i>Motivo de consulta</i>	8
1.1.3 <i>Historia del problema y descripción de sintomatología</i>	9
1.2 Proceso de Evaluación	12
1.2.1 <i>Entrevista con la/el paciente</i>	12
1.2.2 <i>Observación clínica</i>	13
1.2.3 <i>Instrumentos psicológicos aplicados</i>	14
1.3 Proceso Diagnóstico.....	19
1.3.1 <i>Diagnóstico presuntivo</i>	19
1.3.2 <i>Diagnostico Final</i>	20

Capítulo dos	23
Metodología.....	23
2.1. Tratamiento/Intervención.....	23
2.1.1. <i>Objetivos terapéuticos</i>	23
2.1.2. <i>Plan de tratamiento/intervención</i>	24
2.1.3. <i>Descripción de las sesiones realizadas en el proceso terapéutico.</i>	28
Capítulo tres	44
Resultados	44
3.1. Análisis de resultados cuantitativos	44
3.2. Análisis de resultados cualitativos.....	47
Discusión.....	51
Conclusiones	58
Recomendaciones	59
Referencias	60

Índice de tablas

Tabla 1 Inventario de Ansiedad de Beck	14
Tabla 2 Inventario de Depresión de Beck.....	15
Tabla 3 Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	16
Tabla 4 Ficha técnica Mini Examen del Estado Mental (MMSE).....	16
Tabla 5 Resultados de Inventario de Ansiedad de Beck	17
Tabla 6 Resultados de Inventario de Depresión de Beck.....	17
Tabla 7 Resultados de Inventario de Trastornos de la conducta alimentaria (EDI-II) ..	18
Tabla 8 Criterios diagnósticos Trastorno de adaptación de reacción mixta de ansiedad y depresión.....	20
Tabla 9 Criterios diagnósticos de Trastorno de Bulimia Nerviosa.....	21

Tabla 10 Criterios diagnósticos de Trastorno mixto ansioso-depresivo	22
Tabla 11 Plan de tratamiento de paciente N.N.	24
Tabla 12 Resultados cualitativos del progreso del tratamiento psicoterapéutico	47

Índice de figuras

Figura 1 Genograma del paciente N.N.....	7
Figura 2 Resultados pre y post tratamiento de Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)44	
Figura 3 Resultados pre y post tratamiento del Inventario de depresión de Beck (BDI-II)	
.....	45
Figura 4 Resultados pre y post tratamiento del Inventario de trastorno de la conducta alimentaria (EDI-II)	46

Resumen

El presente trabajo describe el caso de un varón de 58 años de edad bajo tratamiento de hemodiálisis, diagnosticado con bulimia nerviosa y trastorno mixto ansioso depresivo, presentando conductas desadaptativas en la alimentación con ansia por comer, atracones, aumento de peso y ayunos prolongados. Además, molestias musculares, dolores en el pecho, sensación de ahogo, irritabilidad, estado de ánimo bajo, anhedonia, fatiga, insomnio, pérdida de confianza y autoestima. Para su evaluación se utilizó la entrevista psicológica, la observación y la aplicación del Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck e Inventario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. La intervención terapéutica se abordó desde un modelo integrativo con la Terapia de Aceptación y Compromiso, Terapia Cognitivo Conductual y Terapia Breve Centrada en Soluciones, con el objetivo de promover la adherencia al tratamiento de hemodiálisis, la aceptación de la enfermedad y, a su vez, reducir la sintomatología asociada. Finalmente, los resultados post intervención, reflejaron mejor adherencia y aceptación de la enfermedad renal, conllevando una disminución en hábitos inadecuados y sintomatología ansiosa depresiva, mejorando el estilo de vida y estabilidad emocional del paciente.

Palabras clave: hemodiálisis, bulimia nerviosa, trastorno mixto ansioso depresivo.

Abstract

The current study describes the case of a 58-year-old male under hemodialysis treatment, diagnosed with bulimia nervosa and mixed anxiety-depressive disorder, presenting maladaptive eating behaviors with food craving, binge eating, weight gain and prolonged fasting. In addition, muscular discomfort, chest pains, choking sensation, irritability, low mood, anhedonia, fatigue, insomnia, loss of confidence and self-esteem. Psychological interview, observation and application of the Beck Anxiety and Depression Inventory and Eating Disorders Inventory were used for evaluation. The therapeutic intervention was approached from an integrative model with Acceptance and Commitment Therapy, Cognitive Behavioral Therapy and Brief Solution-Focused Therapy, with the aim of promoting adherence to hemodialysis treatment, acceptance of the disease and, in turn, reducing the associated symptomatology. Finally, the post-intervention results reflected better adherence and acceptance of the renal disease, leading to a decrease in inadequate habits and depressive anxious symptomatology, improving the patient's lifestyle and emotional stability.

Key words: hemodialysis, bulimia nervosa, mixed anxiety-depressive disorder.

Introducción

En la actualidad, los trastornos mentales representan una problemática significativa para los pacientes diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) que se encuentran sometidos a hemodiálisis. A medida que progresa su tratamiento sustitutivo renal, estos pacientes deben enfrentar numerosas restricciones y modificaciones en sus estilos de vida, lo que impacta considerablemente en su funcionalidad, calidad de vida y estado de ánimo (Ramírez-Reyes y Tejeda-Díaz, 2022). Entre los principales trastornos asociados en este contexto, se destacan los trastornos de la conducta alimentaria, definidos como enfermedades mentales complejas y graves, caracterizadas por comportamientos alimentarios anormales y una alteración subjetiva de la imagen corporal. Estos trastornos incluyen anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros trastornos específicos, asociados a una alta morbilidad y mortalidad (APA, 2014).

Por su parte, la bulimia nerviosa es una enfermedad grave que afecta al 0,8% de los adultos a nivel mundial y es responsable de 3,3 millones de muertes al año (Carrino et al., 2023). Según la OMS (2018), esta psicopatología se caracteriza por comportamientos alimentarios inapropiados, que incluyen episodios de atracones, pérdida de control sobre la calidad y cantidad de los alimentos consumidos, preocupación constante por el peso y distorsión de la imagen corporal. Además de métodos compensatorios, tanto purgativos como la inducción al vómito o laxantes, o, no purgativos tales como la restricción alimentaria y ayunos prolongados. Siendo las conductas compensatorias no purgativas más frecuentes en varones; mientras que las purgativas en mujeres (Trueba et al, 2023).

Desde una perspectiva teórica, los trastornos de la conducta alimentaria están estrechamente relacionados al estilo de vida de las personas, de modo que son los pacientes sujetos a hemodiálisis quienes mantienen menor actividad física en comparación con la población general. Además, el estado nutricional de los afectados por la IRC, está influenciado por la sintomatología de la enfermedad, que a menudo se manifiesta a través de la pérdida de peso, desnutrición, anemia, sobrepeso u obesidad (Matsunaga et al., 2023; Miranda y Robayo, 2023).

Asimismo, es evidente que las personas hemodializadas experimentan un doloroso procedimiento que dura aproximadamente cuatro horas por sesión, tres veces a la semana, al igual que un proceso de aceptación y adaptación que conlleva un impacto profundo en la calidad de vida, autonomía, rutina, hábitos alimenticios y las expectativas de vida. Este impacto genera alteraciones psicológicas manifestadas a través de síntomas ansiosos y depresivos, debido a la carga emocional que involucra sentimientos de desesperanza respecto a su futuro, falta de control sobre su cuerpo, miedos, angustia e incertidumbre por lo cambios suscitados (Bedoya et al., 2019; Pillajo y Arraíz, 2022).

De modo que, ante una inadecuada adaptación al nuevo modo de vida, es común que se origine el trastorno mixto ansioso-depresivo, un trastorno del estado de ánimo que presenta síntomas tanto del episodio depresivo como del trastorno de ansiedad generalizada. Sin embargo, su presencia, intensidad y afectación no son suficientes para un diagnóstico individual; considerada una patología prevalente entre un 25% a 58% de individuos bajo tratamiento de hemodiálisis, causando la disminución de la adherencia al tratamiento, aceptación de la enfermedad y calidad de vida (Antonio et al., 2021).

Como parte de la intervención psicológica, se decidió emplear procedimientos basados en la evidencia y plantear un plan terapéutico integrativo basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y la Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS). Se emplea la ACT por su efectividad en pacientes renales mediante la aceptación de emociones y experiencias internas, es decir, orientar a la persona respecto a sus valores como un mecanismo que potencia las expectativas y el cumplimiento de cuidados médicos, promoviendo la flexibilidad psicológica, la adherencia al tratamiento y la reducción de los síntomas clínicos (Sadeghi et al., 2024; Wijayanti et al., 2022).

Se destaca la TCC por su evidencia en estudios de Astuti & Utami (2021), Valsaraj et al. (2021) y Zegarow et al. (2020) quienes aseguran su valía de la terapia para generar adaptación al régimen de líquidos, dieta y trabajar en el aumento de peso interdiálisis, recomendada para mejorar la adherencia a hemodiálisis, y reducir la sintomatología ansiosa depresiva a través de su gran variedad de técnicas. Por último, se recurre a la TBCS por ser

una terapia eficaz y de corto plazo para abordar los desafíos psicológicos asociados a enfermedades crónicas como la insuficiencia renal, enfocándose en promover la construcción de soluciones basadas en las fortalezas del individuo, logrando cambios conductuales, adherencia a la hemodiálisis y prevención de recaídas (Sinha, 2022; Tan et al., 2023).

Para Herrera et al. (2022) las unidades de atención renal no brindan una adecuada intervención psicológica acorde con las necesidades específicas y factores de riesgo de los pacientes con IRC, lo que produce problemáticas que ponen en riesgo la salud de los usuarios. Por lo tanto, es necesario realizar acompañamientos multidisciplinarios con el objetivo de educar a los pacientes sobre los procedimientos médicos, alimentación, consumo de líquidos y cuidados para el manejo de la enfermedad, todo ello en pro de mejorar la calidad de vida, una participación activa al tratamiento, pronósticos de la enfermedad y prevenir afectaciones graves en la parte nutricional y el estado de ánimo.

Para finalizar, se logró establecer un trabajo práctico que informa a la comunidad acerca de las actividades llevadas a cabo y los logros obtenidos a lo largo del proceso terapéutico del paciente, dado que se pusieron en práctica conocimientos alcanzados a lo largo de la preparación pre profesional como el establecimiento de técnicas psicológicas, proceso de evaluación y diagnóstico. De igual forma, se espera ser de utilidad para futuros trabajos realizados en personas con insuficiencia renal crónica o en proceso de hemodiálisis, dado que dentro de este se establecen pautas a tomar en cuenta, de igual manera, la relevancia de brindar atención psicológica preventiva y remediadora en este tipo de población.

Es primordial mencionar que la presente investigación está estructurada en varios capítulos, que se detallan a continuación:

En el primer capítulo, se encontrará información correspondiente al marco teórico, donde se describe detalladamente la presentación del caso mediante identificación del paciente, motivo de consulta, historia y evolución del problema que exponen información relevante sobre el origen de la problemática, antecedentes y sintomatología, asimismo, consta el proceso de evaluación que abarca los instrumentos aplicados con su respectiva ficha

técnica. Del mismo modo, contiene el diagnóstico, detallando los respectivos diagnósticos presuntivos, diferencial y definitivo del caso.

El segundo capítulo, se contempla la metodología donde constan los objetivos terapéuticos del tratamiento, plan terapéutico y desarrollo de las sesiones con la respectiva conceptualización de las técnicas utilizadas.

Finalmente, en el capítulo tres, se detalla los resultados obtenidos del proceso terapéutico, la discusión de resultados, conclusiones y recomendaciones.

En la figura 1, se analiza la estructura familiar del paciente, padre de dos hijos de su antiguo matrimonio, un varón de 32 años y una mujer de 29 años, con los cuales mantiene una relación distante y conflictiva debido al poco tiempo que ha participado en la crianza, siendo enumeradas las veces que los visitaba desde que se mudó a España. Su hijo en pocas ocasiones establece contacto para conocer su estado de salud; mientras que, con su hija, es con quien menos contacto mantiene, refiriendo una relación hostil con la misma.

Proviene de una familia monoparental conformada por 4 miembros, su madre actualmente fallecida, su hermano mayor y su hermana menor. Menciona que su padre los abandonó cuando era pequeño y nunca más supo de él desde entonces. Mantiene adecuadas relaciones intrafamiliares con: su hermano mayor, con quien se pone en contacto de vez en cuando a pesar de vivir en diferentes ciudades, por lo contrario, con su hermana manifiesta tener muy mala relación a causa de diferencias personales, religiosas y costumbres.

Dentro del círculo familiar del paciente se destaca que, no se evidencian antecedentes patológicos de salud mental; sin embargo, si existen antecedentes médicos de notable interés, pues su madre y hermano presentan enfermedades como hipertensión; ninguno de sus hijos ha presentado enfermedades físicas, psicológicas o psiquiátricas.

1.1.2 Motivo de consulta

Paciente acude a consulta psicológica tras remisión de médico tratante de hemodiálisis, refiriendo exceso de peso interdiálisis, lo que dificulta el desarrollo de su tratamiento, que, pese a advertencias realizadas, no muestra cambios en hábitos alimenticios necesarios, por lo que, es referido al servicio de psicología con el fin de realizar seguimiento.

N.N. menciona tener ganancia de peso y dificultades para controlar su ingesta de alimentos a causa de un desorden en su alimentación que lo describe como ansiedad por comer: “En ocasiones trato de no comer, pero cuando me gana, como”, “Como y como, mi estómago se llena pero mentalmente sigo con hambre”, “Me hartó de comida y luego me da sed, y si no es al revés”, “Sé que me hace daño, pero igual como”, “Soy como un niño malcriado, pero es por la ansiedad” y “No avanzo a controlar el hambre”, aludiendo que en ocasiones luego de comer demasiado realiza ayunos pero estos por lo general fallan: “Cuando

no como, tengo hipo y vómito en seco, me duele la cabeza, por fuerza tengo que comer algo”, por lo que ha considerado tomar pastillas para quitarse el apetito.

Considera que su ingesta también se ve afectada por la falta de un plan alimenticio nutricional que le indique que debe y no debe comer: “Necesito un plan nutricional para tener un orden, porque solo tengo prohibiciones de comida y no sé qué debo comer”, “No tengo una vida rígida, antes la tenía, pero ahora hago lo que quiera” “Siempre he intentado tener un horario fijo, pero nunca he podido”. Refiere que la falta de este programa alimenticio ocasiona que coma varias comidas en el día o a altas horas de la noche. Además, asocia su ansiedad por comer a problemas de visión que dificultan las actividades de la vida cotidiana como el cocinar sus propios alimentos: “Estoy hinchado, quiero bajar de peso y no estar panzón”.

Comenta presentar otras molestias como dificultades para dormir, sudores, dolores de cabeza y pecho, malestares musculares enfocados en el cuello: “Tengo el cuello con contractura por dentro y a veces me suena”, adormecimiento en las piernas y sentimiento de nostalgia por soledad: “A veces deprimido, pero leve”. Tras indagar el tiempo que se ha venido presentando la problemática, se sabe que comenzaron en septiembre, un año después del inicio de tratamiento de hemodiálisis, al cual no se adaptó con éxito.

1.1.3 Historia del problema y descripción de sintomatología

N.N. describe su niñez y adolescencia como tranquilas y normales. Es el segundo hijo de tres hermanos; su nacimiento fue a término y sin complicaciones, desarrollándose con normalidad sin presentar alteraciones. Sin embargo, refiere momentos de tristeza por haber sido criado por su abuela en lugar de sus padres, esto como consecuencia del abandono de su padre. A pesar de ello, transcurrió una adolescencia tranquila, manteniendo relaciones interpersonales con regularidad y sin novedades. Se crio en la ciudad de Loja y a la edad de 20 años, migró a España por condiciones de trabajo. Es en la adultez cuando empieza a presentar complicaciones de salud.

En el 2012, N.N. es diagnosticado de hipertensión arterial, y en el 2016 de diabetes mellitus tipo II, enfermedades que, si bien aquejaban su salud, este no llevó un tratamiento ni cuidados médicos adecuados, justificando esta falta de cuidado a que siempre ha sido un

hombre sano. En 2022, es cuando empieza a manifestar alteraciones en su salud con presiones en el pecho, hinchazón del cuerpo, adormecimiento de las extremidades y dolores de cabeza. Por lo que, se regresa a Ecuador para realizarse valoraciones médicas y es diagnosticado de insuficiencia renal crónica, a lo cual, médicos tratantes sugieren iniciar proceso de hemodiálisis lo más pronto posible.

En marzo de 2022, inicia tratamiento de hemodiálisis, comentando la dificultad para adaptarse a un nuevo estilo de vida, esto debido a siempre estar sano y a “comer bien”, con ingesta de comidas altas en grasas, azúcares y carbohidratos como papas, sopas, carne, vino y bebidas gaseosas, alimentos que podía llegar a consumir en grandes cantidades y a cualquier hora. Siendo estas las razones principales por la que se muestra reacio a aceptar que padece una enfermedad de por vida, llevar nuevos hábitos y la restricción de ciertos alimentos y las cantidades.

Comenta que, en un inicio de su tratamiento, los primeros meses eran bastante agotadores y de sufrimiento, a veces al conectarse a la máquina de diálisis tenía sensación de querer huir, además de experimentar soledad debido a relaciones familiares conflictivas. Paciente refiere haber comenzado a presentar problemas de visión que llevaron a la pérdida de su autonomía, dificultando la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, fruto de esta problemática alude experimentar sentimientos de inutilidad, desmotivación y desesperanza a continuar tratamiento médico.

Es por ello, que, en septiembre de 2023, tras una inadaptación a la enfermedad y al tratamiento, empieza a presentar aumento de peso excesivo a causa de episodios repetidos de ingesta desmesurada de alimentos de al menos dos veces por semana, atribuyéndolo a una “ansiedad por comer”, así como, a una falta de rutina y escasa red de apoyo para la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Su apetito aumentaba por presentar considerables tiempos de ocio, donde la mayor parte del día pasaba durmiendo o comiendo, convirtiéndose esto en un ciclo, motivándolo a desarrollar un patrón de comportamiento a manera de círculo vicioso.

Además, menciona que algunos momentos llegaba a sentir ansias o fuertes deseos por comer, por lo general a la media noche, y tras el episodio de atracón, intentando contrastar los efectos sobre el peso induciéndose a períodos de ayuno prolongados en lo que resta del día o al día siguiente, viendo el sueño como la herramienta principal para poder lograr cumplir con la evitación de alimentos, como consecuencia de una notable autopercepción de ideas intrusivas sobre su imagen corporal, con la idea de estar hinchado y demasiado gordo.

En la actualidad refiere esfuerzos por establecer horarios de alimentación y porciones balanceadas, sin resultados favorables debido a su incapacidad en la preparación y compra de alimentos necesarios para una dieta balanceada, lo que aumenta su estrés, falta de control y una preocupación de su imagen corporal. Adicionalmente, se constata la existencia de malestares musculares que suelen suceder durante hemodiálisis o posteriormente, palpitaciones, temblores, irritabilidad con sus hijos o hermana menor, sensación de ahogo, fatiga y anhedonia, perdiendo el placer en actividades que antes disfrutaba como regar sus plantas, cuidar sus cuyes o salir a la calle, alteraciones en el sueño que por lo general manifestadas mediante insomnio y un despertar precoz por la madrugada.

Tras el análisis, se identificó que el factor desencadenante de todos los problemas del paciente se debe al diagnóstico de insuficiencia renal crónica y el inicio de tratamiento de hemodiálisis, como factor predisponente se relaciona con la poca aceptación y adherencia al tratamiento de hemodiálisis, como los cambios que demanda la intervención en cuanto a hábitos alimenticios y estilo de vida. Mientras que en sus factores mantenedores se relacionan con las dificultades de visión que han afectado su autonomía, movilización, la preparación de sus alimentos y el desconocimiento de una dieta acorde a sus necesidades en función de su enfermedad y tratamiento. Dentro de los factores de riesgo se encuentran el no contar con una red de apoyo familiar, así como, automedicación con psicotrópicos.

Paciente no refiere tratamientos psicológicos previos. Es de conocimiento que desde el 2012 recibe tratamientos médicos para tratar su hipertensión y diabetes. En la actualidad se encuentra bajo tratamiento de hemodiálisis desde el 2023 para tratar diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica sin tratamiento farmacológico prescrito por su médico de

cabecera, no obstante, menciona automedicarse con pastillas para dormir y fluoxetina, medicamento que lo usa para tratar su “depresión”.

El clorhidrato de Fluoxetina o mayormente conocido como Fluoxetina, se refiere a un antidepresivo de administración oral con un mecanismo de acción inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS), recetado para el tratamiento de la depresión y otros trastornos como el Trastorno Obsesivo Compulsivo, Bulimia Nerviosa, Agorafobia, Fobias, entre otros (Salazar et al., 2010). Es necesario aclarar que se requiere de valoración y prescripción médica para su uso, puesto que ante un consumo inadecuado se pueden presentar incrementos de sintomatología ansiosa o molestias gástricas (Montalvo-Alonso et al., 2024).

1.2 Proceso de Evaluación

El proceso de evaluación psicológica de N.N. se realizó en 4 sesiones presenciales con una duración aproximada de 45 minutos cada una y periódicamente una cada semana, mediante el uso de técnicas psicológicas como la entrevista psicológica, la observación clínica y la aplicación de reactivos psicométricos, con la finalidad de recabar información del consultante.

1.2.1 Entrevista con la/el paciente

Para la recogida de información del paciente, su estado actual y la demanda con la que acude a consulta, se parte con la entrevista psicológica, una técnica de gran uso y dentro del campo de la salud, como instrumento de evaluación que permite la recopilación de información pertinente del usuario a nivel verbal y conductual, mediante el establecimiento de una relación bidireccional y asimétrica, donde los participantes comparten una conversación con un propósito e intencionalidad (Conxa Perriñá, 2013).

Este método se realizó durante 2 sesiones presenciales que se relatan a continuación:

Primera entrevista: se desarrolló en el despacho de psicología de la Unidad Renal, donde el paciente recibe hemodiálisis. La sesión duró 50 minutos, tiempo destinado al establecimiento de rapport, firma de consentimiento informado, recolección de datos

personales, motivo de consulta, historia del problema y sintomatología que aqueja para el desarrollo de la historia clínica.

Segunda entrevista: esta sesión tuvo una duración de 40 minutos, su finalidad fue continuar el levantamiento de información abarcando historia del paciente, tratamientos médicos y psicológicos previos, psico anamnesis personal, social y familiar, que posteriormente culminó con el encuadre de la intervención psicológica, estableciendo los objetivos de la intervención, número y modalidad de las sesiones, así como las normas que se seguirán durante el encuentro psicoterapéutico.

1.2.2 Observación clínica

Se trata de una estrategia en el método clínico que facilita la obtención y recolección sistemática de datos mediante el registro de las conductas verbales y no verbales en el contexto natural en el cual se producen (Narváez-Huancayo, 2016). Esta herramienta es fundamental en el contacto inicial, ya que permite explorar y evaluar el estado mental del paciente, incluyendo sus hábitos de higiene, funciones mentales, apariencia, vestimenta adecuada (López et al., 2019). Además, verificar la congruencia entre la conducta y el contenido en manifiesto, lo que servirá para formular hipótesis y orientar el proceso terapéutico (Conxa Perpiña, 2012).

La técnica de la observación reveló que N.N. se encontraba lúcido y orientado en tiempo-espacio, con un lenguaje claro, tono de voz normal y fluidez adecuada. En cuanto a sus funciones mentales, estas estaban conservadas, sin alteraciones en la atención, memoria ni sensopercepción, sin signos de deterioro cognitivo o retardo mental. En relación a sus pensamientos, se observaron distorsiones cognitivas sobre su familia, enfermedad, curso y futuro, así como afectividad depresiva y anhedonia, manifestando fluctuaciones del estado del ánimo reflejado en estados de tristeza y angustia, sintiéndose irritable, afligido, con insomnio, e incapacidad de sentir placer por actividades que antes realizaba. En cuanto a su apariencia, presentaba una apariencia limpia y ordenada, vestimenta acorde a su edad y sexo, en su mano izquierda sostenía una muleta debido a problemas visuales y movilidad, durante la sesión adoptó una postura abierta, erguida y recta.

1.2.3 Instrumentos psicológicos aplicados

Para el proceso de evaluación de N.N., se aplicaron tres instrumentos psicológicos en base a la problemática y la sintomatología presente, en la cual se le explicó al paciente la finalidad de su uso, la confidencialidad en el manejo de las respuestas, recalcando la participación voluntaria, el no existir aciertos ni errores, y que en caso de querer pausar la evaluación o repetir una pregunta lo puede solicitar, a lo cual no hubo inconvenientes y se procedió con normalidad.

En base a lo previamente explicado, en el siguiente apartado se expondrán los inventarios aplicados y las fichas técnicas correspondientes:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): instrumento desarrollado por Beck et al. (1988) con la finalidad de determinar la severidad de las categorías sintomáticas y conductuales para valorar la presencia de sintomatología ansiosa y su gravedad en población adulta, contando con características psicométricas de 0,84 en confiabilidad y 0,83 en validez en su adaptación realizada por Robles et al. (2001) en su aplicación en México.

Tabla 1

Inventario de Ansiedad de Beck

Aplicación	Individual.
Tiempo	Entre 5 a 10 minutos.
Tipo	Cuantitativa.
Número de preguntas	21 ítems
Escala	Escala de 4 puntos tipo Likert, en donde 0 corresponde a “Nada”, 1 a “ligeramente”, 2 a “moderadamente” y 3 a “severamente”, de acuerdo a la presencia del síntoma o signo en la última semana, incluyendo el día de la evaluación.
Calificación	El puntaje se obtiene con la sumatoria de los 21 ítems.
Puntuación	Puntuación en un rango de 0 a 63. Ansiedad normal: 0 a 9 puntos Ansiedad leve: 10 a 18 puntos Ansiedad moderada: 19 a 29 puntos Ansiedad grave: 30 a 63
Dimensiones	Ansiedad normal, leve, moderada y grave.

Nota. Galindo et al. (2015); Pradós et al. (2020).

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II): inventario elaborado por Beck et al. (1966) diseñado para evaluar y detectar la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes con una edad mínima de al menos 13 años de edad. Esta herramienta cuenta con una confiabilidad y validez de 0.80 y 0.75, respectivamente, según su adaptación española realizada por Sanz et al. (2003).

Tabla 2

Inventario de Depresión de Beck

Aplicación	Individual.
Tiempo	Entre 5 a 10 minutos.
Tipo	Cuantitativa.
Número de preguntas	21 ítems
Escala	Escala de Likert con una escala de cuatro categorías de respuesta ordenadas de 0 a 3 puntos, excepto los ítems 16 y 18, donde hay más categorías de respuesta, por lo tanto, se debe elegir la categoría que es más alta. Esto respecto a que afirmación describe de mejor forma el cómo se ha sentido en las últimas dos semanas, incluyendo el día de la evaluación.
Calificación	El puntaje se obtiene con la sumatoria de los 21 ítems.
Puntuación	Puntuación en un rango de 0 a 63 puntos. Depresión mínima: 0 a 13 puntos Depresión leve: 14 a 19 puntos Depresión moderada: 20 a 28 puntos Depresión grave: 29-63 puntos.
Dimensiones	Dimensión cognitivo-afectiva y dimensión somática motivacional.

Nota. Estrada et al., (2015); Sanz et al., (2003).

Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-II): diseñado por Garner (1998) con el propósito de evaluar las características psicológicas y síntomas que normalmente acompañan a la Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa en población de 11 años en adelante, contando con características psicométricas de 0.83 y 0.93 en las distintas categorías, según la adaptación española realizada por Corral et al. (1998).

Tabla 3*Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria*

Aplicación	Individual y colectivo.
Tiempo	20 minutos aproximadamente. No limitado
Tipo	Cuantitativa.
Número de preguntas	91 ítems
Escala	Consiste en 91 reactivos con un formato de respuestas tipo Likert de 6 puntuaciones que van del 0 al 5. 0 corresponde a “nunca”, 1 a “pocas veces”, 2 a “a veces”, 3 a “a menudo”, 4 a “casi siempre” y 5 a “siempre”. En base a las actitudes, sentimientos y conductas que presente el evaluado en cuanto a la comida y otras actividades generales.
Calificación	Para obtener la puntuación de cada subescala se debe corregir las puntuaciones según sea el ítem, y se realiza sumatoria de ítems componen cada subescala. A su vez estas puntuaciones directas deben transformarse en centiles.
Puntuación	Resultados percentiles iguales o mayores a 40 puntos deben ser considerado de riesgo.
Dimensiones	Obsesión por la delgadez, ineficacia, bulimia, insatisfacción corporal, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

Nota. Urzúa et al. (2009); Quiroga y Cryan (2007).

Mini Examen del Estado Mental (MMSE): instrumento breve diseñado por Folstein et al. (1975) para evaluar el estado cognitivo como orientación temporal y espacial, memoria, atención, entre otras en adultos y adultos mayores. Su adaptación española realizada por Lobo et al. (2002) demuestra su validez y confiabilidad con una consistencia interna entre 0.82 a 0.84 y fiabilidad entre 0.83 a 0.99.

Tabla 4*Ficha técnica Mini Examen del Estado Mental (MMSE)*

Aplicación	Heteroaplicada
Tiempo	10 minutos
Tipo	Estructurada
Número de preguntas	30 ítems

Escala	Escala de dos puntos, respuesta acertada equivale a 1 punto, y si la respuesta es incorrecta se puntúa con 0 puntos.
Calificación	Se deben sumar todas las respuestas acertadas en cada una de las áreas que explora el reactivo.
Puntuación	La puntuación total es en un rango de 0 a 30 puntos que se diferencia en 4 puntos de corte. Función cognoscitiva normal: 27 a 30 puntos. Déficit leve: 21 a 26 puntos. Déficit moderado: 11 a 20 puntos. Déficit cognitivo: 0 a 10 puntos.
Dimensiones	Orientación, atención y cálculo, memoria, denominación, lenguaje y apraxias constructivas.

Nota. Vinyoles et al. (2002).

A continuación, dentro de las tablas 5, 6 y 7, se detallarán los resultados cuantitativos obtenidos por el paciente en los diferentes reactivos y su debida interpretación.

Tabla 5

Resultados de Inventario de Ansiedad de Beck

Instrumentos	Resultados cuantitativos	Interpretación
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	40 puntos	Ansiedad severa

Nota. Datos obtenidos a partir de aplicación de test psicológicos pretratamiento.

En cuanto a los resultados expuestos en la tabla 5, se observa un resultado de 40 puntos en el inventario de ansiedad de Beck, puntaje que se encuentra dentro del punto de corte “más de 36”, lo que se interpreta como una ansiedad severa, siendo relevante debido a la sintomatología que experimenta el paciente.

Tabla 6

Resultados de Inventario de Depresión de Beck

Instrumentos	Resultados cuantitativos	Interpretación
Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)	19 puntos	Depresión leve

Nota. Datos obtenidos a partir de aplicación de test psicológicos pretratamiento.

El puntaje de 19 puntos obtenido por N.N. dentro del inventario de depresión de Beck, se sitúa en el rango de 14 a 19 puntos, lo que se interpreta como una depresión leve. Este resultado refleja la presencia de síntomas depresivos como perturbación en el estado de ánimo, irritabilidad, insomnio, desvalorización, desesperanza y anhedonia.

Tabla 7

Resultados de Inventario de Trastornos de la conducta alimentaria (EDI-II)

Instrumentos	Resultados cuantitativos	Interpretación
Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI II)	<p>Los resultados se presentan en puntajes centiles:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obsesión por la delgadez: 87 puntos. • Bulimia: 98 puntos. • Insatisfacción corporal: 44 puntos. • Ineficacia: 75 puntos. • Perfeccionismo: 16 puntos. • Desconfianza interpersonal: puntaje 40. • Conciencia interoceptiva: 27 puntos. • Miedo a la madurez: 2 puntos. • Ascetismo: 9 puntos. • Impulsividad: 14 puntos. • Inseguridad social: 19 puntos. 	<p>Presencia de puntajes altos en escala de obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficiencia, desconfianza interpersonal.</p>

Nota. Datos obtenidos a partir de aplicación de test psicológicos pretratamiento

Por último, en la tabla 7 se analizan los resultados del inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-II), donde el usuario obtuvo puntuaciones altas en las escalas de obsesión por la delgadez, bulimia, ineficiencia y desconfianza interpersonal. Lo que se interpreta que en el paciente existen conductas asociada a un trastorno de la conducta alimentaria con presencia de preocupación por el peso, deseo de adelgazar, episodios de atracones de comida con una fuerte pérdida de control sobre la comida y la propia vida, sentimientos de pérdida de eficiencia, confianza y autoestima.

Antagónicamente, se evidencian puntuaciones bajas en las escalas de perfeccionismo, conciencia interoceptiva, inseguridad social, impulsividad, ascetismo y miedo a la madurez. Esto indica que en el paciente no se presentan conductas de perfeccionismo, comportamientos impulsivos asociados al consumo de sustancias, ni temores sobre el funcionamiento del cuerpo, el afrontamiento emocional, la vida adulta y las responsabilidades de esta (Quiroga y Cryan, 2007).

1.3 Proceso Diagnóstico

Se trata de un proceso realizado a partir de un cuadro clínico de síntomas y signos, junto con una evaluación psicológica, que permute el análisis detallado de la situación con el propósito de identificar la condición del consultante, orientar el uso de instrumentos, técnicas y reactivos (Ariasba et al., 2020). Este proceso inicia con el planteamiento del caso mediante la entrevista psicológica, continua con un diagnóstico presuntivo, el cual deberá ser validado y confirmado mediante la evaluación psicológica, lo que permitirá la definición de un diagnóstico definitivo para su adecuado tratamiento (Miranda et al., 2016).

Ante este postulado, el proceso diagnóstico del presente caso se realizó siguiendo las pautas diagnósticas establecidas en la décima edición de la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento-CIE 10 (OMS, 1994).

1.3.1 Diagnóstico presuntivo

Se define como aquella hipótesis diagnóstica que el profesional establece para describir la problemática del consultante. Este proceso implica la aplicación de reactivos psicológicos y la observación, con el propósito de considerar diversas hipótesis y luego contrastarlas entre sí para llegar a un diagnóstico definitivo (Álvarez et al., 2023).

Es por ello, que se establecen los siguientes diagnósticos presuntivos:

- **F43.22 Trastorno de adaptación de reacción mixto ansioso depresivo**
- **F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo**
- **F50.2 Bulimia Nerviosa**

1.3.2 Diagnóstico diferencial

Para Laso (2023), el diagnóstico diferencial se fundamenta en un proceso de razonamiento y contrastación de aquellos diagnósticos presuntivos establecidos, valorando cuál de ellos justifica mejor la información clínica obtenida de la evaluación del paciente, acertando o descartando hipótesis intermedias, conduciendo a un diagnóstico final.

Tabla 8

Criterios diagnósticos Trastorno de adaptación de reacción mixta de ansiedad y depresión

Criterios que cumple	Criterios que no cumple
<ul style="list-style-type: none"> • Manifestaciones de síntomas o alteraciones del comportamiento, humor depresivo y ansiedad, sentimiento de incapacidad de planificar un futuro. • Malestar subjetivo y alteraciones emocionales en el período de adaptación a un acontecimiento estresante. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los síntomas deben producirse en el mes posterior a la exposición a un estrés psicosocial identificable, pero no de tipo catastrófico. • Los síntomas no persisten más de seis meses tras el cese del estrés o sus consecuencias.

Nota. Recuperado de CIE10 (OMS, 1994).

Se contempla el trastorno de adaptación, debido a que el paciente presenta síntomas o alteraciones del comportamiento que generan malestar subjetivo e interfieren con su funcionamiento, manifestándose una incapacidad de planificar un futuro, tras “adaptarse” ante un nuevo estilo de vida fruto del inicio de tratamiento médico. En cuanto a la especificación, se considera de reacción mixta de ansiedad y depresión, por el predominio de humor depresivo, ansiedad e incapacidad de planificar un futuro en respuesta a un evento significativo estresante.

Por el contrario, se descarta dicho trastorno, ya que la duración de los síntomas en N.N. es más prolongada, superior a los seis meses predeterminantes. Además, la sintomatología en el paciente se empezó a presentar en septiembre del 2023, un año posterior al tratamiento de hemodiálisis en marzo del 2022, y no al mes siguiente del evento.

1.3.3 Diagnóstico Final.

Se trata de una conclusión diagnóstica que busca identificar con exactitud lo que aqueja al paciente mediante la mayor similitud del cuadro clínico con uno o más trastornos

específicos, excluyendo la posibilidad de otros trastornos mediante el análisis de la historia clínica, síntomas, conductas, y resultados de reactivos psicológicos, proporcionando un diagnóstico que debe ser suficientemente confiable y válido para dirigir el proceso terapéutico (Díaz et al., 2006).

En virtud de las pautas previamente analizadas de los trastornos seleccionados, se establecen los siguientes diagnósticos definitivos para el paciente:

➤ **F50.2 Bulimia Nerviosa**

Tabla 9

Criterios diagnósticos de Trastorno de Bulimia Nerviosa

Criterios que cumple
<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de episodios repetidos de sobreingesta, al menos dos veces por semana en tres meses, ingiriendo grandes cantidades de comida en un periodo corto de tiempo. • Presencia de una preocupación constante por la comida y fuerte deseo de compulsión por comer (ansia). • Intenta contrarrestar los efectos sobre el peso de la comida con períodos de ayuno alternantes. • Autopercepción de estar demasiado obeso, con ideas intrusivas de pavor a la obesidad.

Nota. Recuperado de CIE10 (OMS, 1994).

Se llega al diagnóstico de Bulimia Nerviosa por la manifestación de episodios repetitivos de atracones con sensación de falta de control y un fuerte deseo de compulsión por comer, ocurriendo al menos dos veces por semana en un periodo de tres meses. Durante estos episodios, el paciente consume grandes cantidades de alimentos por lo general altos en azúcar, hidratos de carbono y grasas, los cuales por cuidados médicos debería evitarlos. Además, exhibe comportamientos inapropiados para contrarrestar los efectos de la sobreingesta en el peso, tales como periodos largos de ayuno de aproximadamente 8 horas, que suelen ser terminar en fracaso, y el deseo de recurrir al uso de sustancias anoréxicas como alternativa. Finalmente, muestra una preocupación excesiva por su imagen corporal, con pensamientos intrusivos de pavor a la obesidad y malestar por su apariencia física.

➤ **F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo**

Tabla 10*Criterios diagnósticos de Trastorno mixto ansioso-depresivo*

Criterios que cumple
<ul style="list-style-type: none"> • Se usa esta categoría cuando hay presencia de ambos tipos de síntomas de ansiedad y depresión, pero ninguno es predominante en su totalidad. • Ningún tipo de síntomas está presente hasta el extremo que justifique diagnóstico por separado.

Nota. Recuperado de CIE10 (OMS, 1994).

Tomando en cuenta los criterios mencionados en la tabla 10, se optó por un segundo diagnóstico de Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo, esto debido a la presencia de síntomas del trastorno de ansiedad generalizada, tales como golpeteo al corazón, molestias musculares, malestar en el pecho “como si le apretara el corazón” e irritabilidad persistente. Del mismo modo, se identificaron síntomas de un episodio depresivo, como humor depresivo anormal presente casi todo el día, pérdida del interés para realizar actividades que en un pasado le eran disfrutables, insomnio e hipersomnia, aumento de peso, disminución de la autoestima y de la energía. Cumpliendo algunos criterios de ambos trastornos, destacando que ninguno de los dos trastornos es predominante y grave para justificar un diagnóstico individual.

Capítulo dos

Metodología

2.1. Tratamiento/Intervención

El abordaje terapéutico para el presente caso se basa en un enfoque integrativo, abarcando la Terapia de Aceptación y Compromiso, la Terapia Cognitivo Conductual y la Terapia Breve Centrada en Soluciones, con una duración de 10 sesiones de 45 minutos cada una, realizadas en modalidad presencial y una de manera virtual.

El objetivo principal del plan terapéutico es promover en el paciente la aceptación de la enfermedad y del tratamiento de hemodiálisis, con ello mejorar la adherencia al tratamiento, generar la modificación de conductas y cogniciones desadaptativas. A lo largo de las sesiones, se busca trabajar a la par con el personal médico de la Unidad de Diálisis y la colaboración del paciente para analizar las problemáticas identificadas, dado que el plan de intervención incorpora técnicas y estrategias centradas en la adquisición de habilidades de afrontamiento, gestión de emociones, hábitos de higiene y alimentación, también la disminución de sintomatología ansiosa-depresiva.

2.1.1. *Objetivos terapéuticos*

- Promover la aceptación de la enfermedad y del tratamiento de hemodiálisis.
- Mejorar la adherencia al tratamiento de hemodiálisis en lo que respecta a las conductas de: ingesta limitada de agua, hábitos alimenticios saludables, ganancia adecuada de peso.
- Disminuir ansiedad por comer y periodos de atracones
- Reducir las respuestas desadaptativas de ayuno prolongado o conductas inadecuadas con respecto al manejo del hambre.
- Disminuir sintomatología ansiosa-depresiva.
- Fomentar la adquisición de hábitos saludables en higiene del sueño, alimentación consciente y estilo de vida adecuado.

2.1.2. Plan de tratamiento/intervención

Tabla 11

Plan de tratamiento de paciente N.N.

SESIÓN N	OBJETIVO TERAPÉUTICO	OBJETIVO DE SESIÓN	TÉCNICA	OBSERVACIÓN
1	➤ Promover la aceptación de la enfermedad y del tratamiento de hemodiálisis.	➤ Facilitar que el paciente acepte su estado de salud y adopte nuevas estrategias de afrontamiento en lugar de evitar situaciones desagradables relacionadas con su condición.	➤ Metáfora del granjero y el asno.	
2	<p>➤ Promover la aceptación de la enfermedad y del tratamiento de hemodiálisis.</p> <p>➤ Mejorar la adherencia al tratamiento de hemodiálisis en lo que respecta a las conductas de: ingesta limitada de agua, hábitos alimenticios</p>	<p>➤ Educar al paciente sobre el modelo ABC de Ellis para identificar pensamientos irracionales sobre su enfermedad, tratamiento y hábitos alimenticios, además de como estos afectan su estado de ánimo y adherencia al tratamiento.</p> <p>➤ Recordar al paciente la importancia de seguir hábitos alimenticios, consumo de agua y toma de medicamentos acorde a su tratamiento, y explicar posibles</p>	<p>➤ Psicoeducación en Terapia emotiva racional conductual. Modelo ABC.</p> <p>➤ Psicoeducación en IRC y tratamiento de hemodiálisis y estilos de vida saludables.</p>	➤ Tarea: Autorregistro de pensamientos irracionales.

	saludables, ganancia adecuada de peso.	efectos secundario en caso de no cumplirlos.		
3	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mejorar la adherencia al tratamiento de hemodiálisis en lo que respecta a las conductas de: ingesta limitada de agua, hábitos alimenticios saludables, ganancia adecuada de peso ➤ Disminución de sintomatología ansiosa-depresiva. ➤ Promover la aceptación de la enfermedad y del tratamiento de hemodiálisis. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Facilitar la identificación y confrontación de pensamientos irracionales, así como su impacto en la aceptación de la enfermedad, el tratamiento y mantenimiento de hábitos adecuados. ➤ Fomentar la aceptación de pensamientos y emociones como hechos internos y promover la acción orientada en valores para mejorar hábitos alimenticios. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Terapia racional emotivo conductual, identificación de pensamientos irracionales. ➤ Debate Socrático sobre creencias irracionales en base a enfermedad, tratamiento, alimentación saludable. Terapia de aceptación y compromiso: metáfora del autobús. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tarea: Autorregistro de pensamientos irracionales.
4	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Promover la aceptación de la enfermedad y del tratamiento de hemodiálisis. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Facilitar estrategias en la búsqueda de pensamientos alternativos para adaptarse a la enfermedad, tratamiento y nuevos hábitos alimenticios. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Debate socrático búsqueda de creencias irracionales con pensamientos alternativos. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tarea: Autorregistro de pensamientos irracionales.

			<ul style="list-style-type: none"> ➤ Entrenamiento en autoinstrucciones con pensamientos racionales. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tarea: práctica de autoinstrucciones.
5	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reducir las respuestas desadaptativas de ayuno prolongado o conductas inadecuadas con respecto al manejo del hambre. ➤ Disminución de sintomatología ansiosa-depresiva. ➤ Disminuir ansiedad por comer y periodos de atracones. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Educar al paciente en la sintomatología de la bulimia nerviosa y hábitos alimenticios adecuados. ➤ Identificar los valores del paciente para enfrentar sus nuevas condiciones de vida, sin evitar experiencias displacenteras, sino dirigiéndose por una meta o valores personales respecto a su salud, alimentación, desarrollo personal. ➤ Elaborar una rutina destinada a la disminución de ayunos prolongados, u otros métodos para controlar el hambre. ➤ Inducir al paciente a la alimentación consciente con el fin de modificar sus conductas 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Psicoeducación en bulimia nerviosa, alimenticios saludables y alimentación consciente. ➤ Terapia de aceptación y compromiso: identificación de valores. ➤ Técnica: establecimiento de objetivos, planificación de actividades y administración del tiempo. ➤ Mindfulness: Técnica de la uva pasa. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tarea: práctica de autoinstrucciones. ➤ Tarea: técnica de "comer consciente"-mindfulness informal. Relajación guiada por medio de un video.

		alimenticias y disminuir atracones.		
6	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reducir las respuestas desadaptativas de ayuno prolongado o conductas inadecuadas con respecto al manejo del hambre. ➤ Disminuir ansiedad por comer y periodos de atracones. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Disminuir conductas de ayunos prolongados mediante recordatorios, con el fin de cumplir con las horas de alimentación planteadas. ➤ Aminorar la ansiedad por comer y posibles atracones mediante la focalización de la atención en otros estímulos. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Terapia breve centrada en soluciones: tarea Post it para uno mismo. ➤ Terapia breve centrada en soluciones: tarea ¿Para qué puede servir? 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tarea: Post it para uno mismo. ➤ Tarea: ¿Para qué puede servir?
7	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reducir las respuestas desadaptativas de ayuno prolongado o conductas inadecuadas con respecto al manejo del hambre. ➤ Disminuir ansiedad por comer y periodos de atracones. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Motivar al paciente a mantener los cambios planteados. ➤ Prevenir la aparición de conductas alimenticias inadecuadas: ayunos prolongados y atracones. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Terapia breve centrada en soluciones: carta a uno mismo en los días malos. ➤ Terapia breve centrada en soluciones: caja de emergencia ➤ Terapia de aceptación y compromiso: metáfora de los dos escaladores. 	

8	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fomentar la adquisición de hábitos saludables en higiene del sueño, alimentación consciente y estilo de vida adecuado. ➤ Disminuir sintomatología ansiosa-depresiva 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Facilitar al paciente el conocimiento de elementos propios de una adecuada higiene del sueño, con el fin de mejorar hábitos de sueño. ➤ Desarrollar estrategias para un adecuado afrontamiento de circunstancias desagradables. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Psicoeducación en higiene del sueño. ➤ Técnica de respiración profunda. ➤ Autocontrol, técnica del semáforo. 	
9	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluación psicométrica de re análisis post tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sesión de seguimiento para evaluar los cambios obtenidos tras la ejecución del plan terapéutico, verificar el progreso y las posibles mejoras alcanzadas. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluación psicológica EDI-II, Ansiedad de Beck y Depresión de Beck. 	
10	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sesión de seguimiento 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sesión de seguimiento para evaluar los cambios obtenidos tras la ejecución del plan terapéutico, verificar el progreso y las posibles mejoras alcanzadas. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Entrevista psicológica. ➤ Árbol de los logros. 	

Nota. Plan de intervención de N. N

2.1.3. Descripción de las sesiones realizadas en el proceso terapéutico.

Sesión 1

Esta primera sesión se desarrolló con el objetivo de facilitar que el paciente no busque evitar situaciones desagradables como su estado de salud, promoviendo la aceptación y la implementación de nuevas estrategias de afrontamiento que le permitan enfrentar su condición de salud.

Para lograr estos objetivos, se utilizó la técnica de la Terapia de Aceptación y compromiso: **Metáfora del granjero y el asno**. La cual, está enfocada en facilitar la aceptación y de las situaciones desagradables sobre su estado de salud en lugar de evitarlas, reconociendo que el sufrimiento de las personas es causado principalmente por la evitación experiencial de las emociones, permitiendo en sus beneficiarios el comprender sus pensamientos disfuncionales y potenciar la motivación al cambio, así como la “lucha” en base a sus experiencias internas (Arboleda y Urbina, 2021).

Desarrollo de la sesión

La sesión comenzó con la lectura de la metáfora denominada “El granjero y el Asno”, donde se le preguntó al paciente sus opiniones acerca de lo leído, cómo le había parecido y si creía que el contenido de la metáfora se asemejaba con sus experiencias personales. Varias de las manifestaciones de N.N. fueron cuestionadas mediante preguntas como: ¿Y si hubiera alguna forma en la que usted, como el asno de la historia, pudiera encontrar la manera de pisotear sus dificultades? ¿Me pregunto si no se siente usted que los problemas de su vida lo están enterrando literalmente? ¿Cree que si no hubiese sido con la misma tierra que amenazaba al asno con enterrarlo este no hubiera podido salir de ahí? Y, ¿qué enseñanza nos brinda la lectura?

Para finalizar, se realizó una retroalimentación de la técnica expuesta, así como de lo que se lleva de la sesión y si creía que esto podría ayudarle en su diario vivir y en su proceso de adaptación al tratamiento médico,

Logros obtenidos

Se cumplieron las actividades con total normalidad, alcanzando el objetivo de la sesión; logrando que N.N. vea su realidad desde otra perspectiva y a su vez, persuadir al paciente para que no evite las situaciones desagradables de su estado de salud.

Sesión 2

Durante esta sesión se utilizó la técnica de **Psicoeducación**, la cual es una herramienta útil para fomentar el conocimiento en el paciente acerca de las causas, efectos e impactos de la enfermedad, comprensión de la situación que afronta y promover el desarrollo de conductas saludables (Velásquez y Vizcaino, 2020). La aplicación de la técnica se centró en abordar temas de insuficiencia renal crónica, tratamiento de hemodiálisis y hábitos saludables, recordándole al sujeto la importancia de adherirse a hábitos alimenticios, consumo de agua y toma de medicamentos acorde a su tratamiento, además, se habló sobre los posibles efectos secundarios en caso de cumplir con el nuevo régimen impuesto.

Acto seguido, se trabajó en **Psicoeducación en la TREC, modelo en ABC e identificación de pensamientos irracionales**, bajo el objetivo de educar sobre el modelo de Ellis e identificar los pensamientos irracionales relacionados con su enfermedad, tratamiento, hábitos, además de cómo estos afectan su estado de ánimo y comportamiento. Dentro de este modelo se menciona que los pensamientos irracionales producen alteraciones emocionales y conductuales, esto debido a la forma en como las personas interpretan su ambiente, circunstancia, las creencias sobre sí mismo, los demás y el mundo en general (Labrador, 2014).

Siguiendo el esquema de ABC: Los acontecimientos activadores (A) no causan los problemas emocionales, conductuales o cognitivas (C), sino que estos son causados por las interpretaciones de las creencias (B) de dicho acontecimiento activador (Ruiz et al., 2012).

Según Labrador (2014), su identificación y modificación de pensamientos está bajo un procedimiento que consiste en cuatro fases:

1. Evaluación de la problemática y la explicación del esquema de ABC.
2. Detección de las ideas irracionales y reconocimiento de su papel en los trastornos emocionales y conductuales.
3. Reestructuración del pensamiento.
4. Aprendizaje de pensamientos modificados.

Posteriormente, se complementó con la técnica **Autorregistro de pensamiento irracionales**, que consiste en ir registrando las creencias irracionales identificadas, el contexto en que aparecen y las consecuencias emocionales y conductuales provocadas (Rodríguez, 2019).

Desarrollo de la sesión

La sesión se dividió en dos momentos. Primero, se realizó una psicoeducación sobre la Insuficiencia Renal Crónica, sus causas, sintomatología y consecuencias; así como información relevante sobre el tratamiento de hemodiálisis, beneficios y el porqué de llevar hábitos saludables como base de la intervención. En segundo lugar, se abordó una psicoeducación referente al modelo de ABC de la TREC (Terapia Racional Emotiva Conductual), explicando los pensamientos irracionales, como se generan, los tipos de pensamientos (Catastróficos, de sublimación, absolutistas, dicotómicos, etc.), como afectan en la salud mental y algunos ejemplos más comunes.

Posteriormente, mediante una lista se pudieron identificar que pensamientos presenta N.N. en base a su enfermedad y de sí mismo, tales como: “Me he jodido la vida”, “No puedo hacer nada de lo que hacía antes”, “Con el tratamiento solo me estoy alargando la vida”, “Si no vengo a las hemodiálisis me muero”, “No tengo nada que ofrecer”, “No estoy enfermo”, “No acepto mi enfermedad porque toda la vida disfruté de comer, tomar y fumar y ahora no lo puedo hacer”.

Una vez identificados, se le explicó que estos pensamientos son pensamientos irracionales, es decir, distorsiones en el pensamiento que son totalmente alejadas de la realidad y no presentan fundamento válido u objetivo para aquella interpretación. Culminada la actividad, se realizó un feedback de lo aprendido y como tarea, se asignó la técnica de autorregistro de pensamientos irracionales presentados a lo largo de toda la semana, solicitando que los registre mediante un mensaje de voz por WhatsApp, dadas las limitaciones que impiden el registro en una hoja de papel.

Logros obtenidos

Se alcanzaron los objetivos planteados, ya que el paciente pudo identificar por si solo aquellos pensamientos que impiden que afectan su diario vivir, adaptarse a su tratamiento y aceptar su enfermedad. Adicionalmente, comprender la importancia de una adecuada adaptación a nuevos hábitos de vida y los posibles efectos si no se da un cambio en el estilo de vida. Comprometiéndose en realizar la tarea en casa y seguir con su proceso terapéutico.

Sesión 3

La sesión se llevó a cabo con la finalidad de identificar y confrontar pensamientos irracionales que afectan la aceptación de la enfermedad, su tratamiento y el mantenimiento de conductas saludables acorde a su estado de salud. Para ello, se retomó la **TREC con identificación de pensamientos irracionales**, y se complementó con el **Debate socrático**, técnica aplicada mediante una serie de preguntas diseñadas para promover el pensamiento crítico y el debate de los argumentos, permitiendo el desarrollo de pensamientos centrados en la resolución de problemas, reevaluación y construcción de conclusiones adaptativas (Martínez, 2012; Ruiz et al., 2012).

Como técnica de cierre, se implementó la **Metáfora del autobús**, con el objetivo de promover la aceptación de pensamientos y emociones como hechos internos basados en la actuación en valores.

Desarrollo de la sesión

La sesión comenzó revisando la tarea de autorregistro de pensamientos irracionales identificados a lo largo de la semana. Frente a ello, se seleccionaron los pensamientos más frecuentes y se realizó una lista para la diferenciación, identificación y clasificación. Luego, se trabajó en el debate socrático con las frases seleccionadas, cuestionando las ideas y las pruebas que sustentan dichas hipótesis, realizando una reestructuración del pensamiento en base a características objetivas de la situación, y las alternativas que sin darse cuenta han generado un cambio.

Para cerrar, se dio lectura de “Metáfora del autobús”, interrogando al usuario sobre las enseñanzas que le deja y cómo podría aplicar lo analizado en la metáfora. Se realizó la debida

retroalimentación sobre los contenidos y asignando como tarea una vez más el autorregistro de pensamientos irracionales, implementando una respuesta alternativa.

Resultados obtenidos

Los resultados de la sesión fueron bastante favorables, cumpliendo con los objetivos de la sesión, pues si bien en un inicio el paciente se mostraba un reacio de ser cuestionado, luego, fue capaz de analizar, identificar y confrontar sus pensamientos irracionales, aceptando sus pensamientos y emociones como hechos internos.

Sesión 4

Esta sesión está destinada a la búsqueda de pensamientos alternativos para la adaptación a la enfermedad, tratamiento y nuevos hábitos alimenticios. Se continuó con el **Debate socrático** y se complementó con la técnica de **Entrenamiento en autoinstrucciones con pensamientos racionales**, diseñada para instaurar un dialogo interno positivo, incrementando las habilidades de autocontrol y autorregulación de la conducta, fomentando la creencia y confianza sobre sí mismo y sus capacidades (Pardo y Calero, 2019; Rodríguez, 2019).

Desarrollo de la sesión

En primer lugar, se revisó la tarea del autorregistro de pensamientos irracionales con respuesta alternativa, a lo cual N.N. mencionó que la actividad había sido de mucha ayuda para manejar los pensamientos que rumiaban en su mente, a logrando cambiar algunos de ellos y no sentirse tan desmotivado durante la semana.

En segundo lugar, se explicó que se continuaría trabajando en los pensamientos relacionados con su alimentación y enfermedad; para lo cual, se seleccionaron otros pensamientos de la lista que sesiones previas fue realizada. Posteriormente se inició el entrenamiento en autoinstrucciones, seleccionando situaciones comunes que se pueden presentar en su caso, además de los pensamientos alternativos desarrollados mediante el debate socrático. Se le pidió al paciente que imagine una situación donde pueda ponerlos en práctica y luego ir repitiendo y verbalizando las frases en voz alta, después solo

murmurándolas, y finalmente repetir las en su mente. Se realizó tres veces la misma acción para generar un aprendizaje y ser puesta en práctica fuera de terapia.

Como reforzamiento a las actividades realizadas, se envía de tarea el entrenamiento en autoinstrucciones durante toda la semana, en actividades como: comprar los alimentos, preparación de los alimentos e ingerir las comidas.

Logros obtenidos

Se evidenciaron cambios notables durante la ejecución de las actividades, cumpliendo con los objetivos establecidos, ya que el paciente pudo identificar con mayor rapidez aquellos pensamientos irracionales, cuestionarlos y deducir nuevas conclusiones acerca de su enfermedad y los cuidados necesarios.

Sesión 5

En esta sesión se buscó educar a N.N. acerca del trastorno de bulimia nerviosa que padece, información sobre alimentación y hábitos saludables; para lo cual, se aplicó la técnica de **Psicoeducación**, la cual es importante en el abordaje terapéutico en pacientes con trastornos alimentarios, a fin de promover contenidos adecuados y adaptables acerca de la patología, sus generalidades, información nutricional, y contenidos que le permitan desarrollar habilidades para una modificación de conductas orientadas a estilos de vida saludable y consciente (Loria-Kohen et al., 2021) siendo relevante su debida aplicación para obtener resultados eliminando prejuicios de la enfermedad, aliviar carga emocional, adherencia a tratamientos médicos o psicológicos, reducción de recaídas, entre otras (Tena-Hernández, 2020).

De la misma forma, se busca facilitar en el paciente la identificación de valores, con los cuáles pueda hacer frente a sus nuevas condiciones de vida, sin buscar evitar experiencias displacenteras, sino dirigiéndose por una meta mediante la **Identificación de valores**, técnica fundamental de la ACT, con la finalidad de reconocer sus valores personales, metas que desea conseguir y cómo trataría de lograrlas (Cabañas-Rojas y Báez-Rodríguez, 2020; Wilson y Luciano, 2002).

Acto seguido, se elaboró una rutina diaria orientada en base a los valores de N.N., para disminuir la percepción de ineficacia que exaspera sintomatología depresiva-ansiosa y conductas compensatorias como ayunos, mediante la técnica de **establecimiento de objetivos, planificación de actividades y administración del tiempo**, una estrategia alternativa conductual eficaz por su facilidad y sencillez de aplicación, basada en la programación de actividades diarias a ritmo progresivo y gradual que permitan la emisión de comportamientos alternativos incompatibles con la sintomatología, planificando una serie de actividades para contrarrestar la escasa motivación, inactividad y preocupación del paciente entorno a sus ideas depresivas, fomentando la idea de que estos son útiles y capaces, de controlar su tiempo (González-Terrazas y Campos, 2021; Pérez-Cádenas, 2022).

Por último, se aplicó la **Técnica de la uva pasa**, una actividad dentro de la alimentación consciente afirmando que, ante el conocimiento necesario, la persona será capaz de reconocer su relación con la comida y los cambios que deberá llevar a cabo para cumplir el ciclo de la alimentación consciente: ¿Por qué voy a comer? ¿Qué como? ¿Cómo es mi manera de comer? ¿Cuánto como? (Romano, 2018).

Desarrollo de la sesión

La modalidad de la sesión es virtual bajo la plataforma de Zoom debido a dificultades para la atención presencial. Previo al inicio de las actividades planificadas, primero, se revisa la tarea de autoinstrucciones asignada, posteriormente, se da comienzo a la psicoeducación en bulimia nerviosa, alimentación saludable y alimentación consciente como medida para generar cambios en la rutina y una consciencia sobre la enfermedad mental que está atravesando, por lo cual, se explicaron puntos específicos sobre la definición del trastorno, sintomatología característica, causas, consecuencias, el hambre por ansiedad y tipos de hambre emocional, cuestionando al paciente si cree ser capaz de diferenciar entre hambre emocional y hambre real, para lo cual se brindaron algunas pautas de cómo diferenciarlos.

Terminada la psicoeducación, se da comienzo con la identificación de valores mediante un formulario narrativo, donde el paciente deberá mencionar sus valores personales,

lo que valora en la vida y sus metas por conseguir, solicitando la introspección en varias áreas de su vida como por ejemplo en su vida personal, salud, amistades y espiritualidad.

Seguidamente, en base a los valores, metas y planes a futuro del paciente, previamente realizados, se seleccionan tres objetivos que desea lograr, solicitando plantear actividades que cree necesarias realizar para obtener dichos resultados. Dentro de la hoja del establecimiento de actividades, se enlistan el tiempo que llevará conseguir ese objetivo, las actividades y las observaciones contundentes, que, como tarea, deberá registrar pasando los días si cumplió o no con lo previsto.

Como tercer punto, se practicó mindfulness centrado en la alimentación consciente, con una uva pasa o fruta de interés, en este caso una banana, pidiéndole al paciente adoptar una posición cómoda sosteniendo la fruta en su mano, analizarla como si nunca la hubiese visto, visualizando su color, forma, tacto antes y después de pelarla, pasando la fruta por su nariz para sentir su olor y describiendo cada una de estas características. Como siguiente paso, deberá llevar la banana a su boca, dándole un mordisco y masticándola lentamente, siendo consciente de todas las sensaciones que le generaron el masticar y tragar la fruta. Para finalizar, se explicó la finalidad de practicar este ejercicio con todos los alimentos, lo que ayudará a tener conciencia de lo que come para alcanzar un estado pleno de bienestar.

Ya finalizada la actividad, se le preguntó al paciente que se lleva de la sesión, si cree que esto le pueda ayudar y ser aplicado en su diario vivir, asignando como tarea el continuar con el ejercicio de la uva pasa en todas sus comidas, evitando el uso de dispositivos móviles y tomarse el tiempo necesario a la hora de la comida.

Logros obtenidos

La sesión se desarrolló con éxito, se logró alcanzar los objetivos planeados, logrando que N.N. conozca acerca de su trastorno alimenticio a mayor profundidad, y conectar con los valores del paciente para la planificación de actividades en busca de la adquisición de nuevos hábitos en el sueño, alimentación y autoestima.

Además, el paciente menciona sentirse más tranquilo, con reducción en pensamientos negativos sobre su enfermedad, adherencia al tratamiento psicológico y disminución de episodios de atracones ante la práctica de la tarea de autoinstrucciones.

Sesión 6

Esta sesión aborda la disminución de la ansiedad por comer y los posibles atracones, mediante la focalización de la atención en otros estímulos con la Terapia Breve Centrada en Soluciones, técnica de **Post it para uno mismo**, actividad planteada con la finalidad de reforzar y animar a la persona cuando presenta sentimientos negativos sobre sí misma, permitiendo recordar las fortalezas y recursos que posee para hacer frente a la situación (Beyebach y Herrero de Vega, 2010).

Asimismo, la técnica de la Terapia Breve Centrada en Soluciones, **¿Para qué puede servir?**, enfocada en el incremento de la consciencia del paciente en los comportamientos que aqueja, mediante el uso de herramientas de corta duración para el fortalecimiento de la autoeficacia y el autocontrol (Hewitt y Gantiva, 2009). Su importancia radica en la focalización de la atención en estímulos externos y el uso que se le puede dar a estos para disminuir las emociones negativas que se producen por la rumiación de distorsiones del pensamiento o ideas ansiosas-depresivas (Beyebach y Herrero de Vega, 2016).

Desarrollo de la sesión

La presente sesión tuvo un poco duración, empleando técnicas relevantes para prevenir recaídas y fortalecer técnicas previamente aprendidas. En primer lugar, se inició con la técnica **¿Para qué puede servir?**, actividad destinada a ser realizada en casa como tarea, no obstante, se ejecutó la demostración para la puesta en práctica, solicitándole al paciente que imagine una situación que le genere tristeza o ansiedad, y justo en el momento en que este pensamiento se vuelva más grande en su cabeza, dirija su atención a algún estímulo de la sala, lo diga en voz alta, y le busque 5 utilidades imaginarias.

En segundo lugar, se continuo con la técnica de **Post it para uno mismo**, para lo cual, se le pidió al paciente decir con sus propias palabras, algunos mensajes positivos que puede

decir sobre sí mismo, sus fortalezas y valores; posteriormente, en hojas grandes de papel, se le ayudó al paciente a escribir aquellos mensajes que podrá leer y actuar cuando se sienta triste, angustiado o crea que un episodio de atracón esté por venir.

Tras finalizadas las actividades, se le preguntó a N.N. cómo se sintió durante la sesión, qué aprendió de ella y cómo pondrá en marcha las actividades propuestas para la semana. Se destaca que la tarea del Post it para uno mismo, se modificó a fotografías ante los problemas de visión del usuario.

Logros obtenidos

Se evidenciaron logros a lo largo de la sesión, los objetivos planificados se pudieron alcanzar y existen más cambios en el estado de salud de N.N., presentando una reducción notable de peso no solo por el personal de psicología sino también por médicos de cabecera del tratamiento de hemodiálisis. Y por, sobre todo, el aprendizaje de técnicas fundamentales para prevenir la recaída en episodios de atracones, pensamientos autodestructivos y ansiedad.

Sesión 7

Esta sesión está planteada con el objetivo de alentar al paciente a mantener los cambios planteados y prevenir la aparición de conductas inadecuadas: ayunos prolongados y atracones, mediante la técnica de la Terapia Breve Centrada en Soluciones: **La carta para los días malos**, siendo relevante para la prevención de recaídas, donde el paciente expresará apoyo a sí mismo mediante consejos o qué hacer ante un día pesado, dado que en algunos momentos se puede presentar un retroceso, y esto les ayudará a recordar lo que deben hacer para combatir el estado negativo (Beyebach y Herrero de Vega, 2016).

De la misma forma, la técnica de la Terapia Breve Centrada en Soluciones, **Plan de emergencia**, ofreciendo pautas escritas por sí mismos para afrontar un día de bajón emocional, siguiendo consejos y acciones sobre los puntos aprendidos durante el proceso terapéutico (Beyebach y Herrero de Vega, 2016).

Desarrollo de la sesión

La sesión se desarrolló con normalidad en modalidad presencial, en primer lugar, se revisó la tarea semanal del plan de actividades, evidenciando un avance respecto a la alimentación consciente y en horarios puntuales, alentándolo a continuar con su aplicación.

En segundo lugar, se realizó la actividad de plan de emergencia, la cual se redactará a manera de lista sobre aquellas actividades o cosas en base a las técnicas aprendidas que le ayuden ante un día malo o triste.

Posteriormente, se realizó la carta para los días malos, explicándole que en esta deberá expresar su apoyo a sí mismo durante los días malos, implementando lo previamente analizado o lo que suele hacer cuando siente que ha tenido recaídas en su alimentación, hábitos y decisiones, detallando algunos consejos para sobrellevar y combatir el día. Se recalca que, durante la ejecución de la actividad, se le ayudó al paciente a escribir todos sus pensamientos e ideas, para luego leerla en voz alta. Tras haber finalizado la carta, se procede a enviarle al paciente una fotografía mediante Whatsapp para que pueda leerla en casa.

Logros obtenidos

Se vieron más cambios a lo largo de la sesión, logrando alcanzar los objetivos planificados dado que este pudo hablar mediante tercera persona sobre aquellas estrategias para evitar recaídas graves y motivar a mantener los cambios.

Sesión 8

Esta sesión estuvo enfocada en promover el conocimiento de elementos propios de una adecuada higiene del sueño, con el fin de mejorar hábitos y desarrollar estrategias de afrontamiento en circunstancias desagradables.

Visualizados los objetivos se optó por utilizar **Psicoeducación** en higiene del sueño, de igual manera, se abordó la **Técnica de respiración profunda**, planteada con el objetivo de reducir el estrés y ansiedad mediante la relajación, puesto que su ejercicio regular ayuda a mejorar la concentración como un enfoque que calma la mente, generando un bienestar general (Rodríguez et al., 2005).

La **técnica del semáforo**, una estrategia que permite en los pacientes el manejo y regulación de emociones mediante la metáfora del semáforo y los colores para representar los diversos estados emocionales y niveles de activación:

- El color verde representa un estado de calma, en este estado la persona puede hacer varias actividades que le ayuden a mantener su estado.
- El color amarillo refleja estado de alerta.
- El color rojo que representa el estado en el cual el paciente debe hacer una pausa y la puesta en marcha.

Esta técnica posibilita que las personas identifiquen a través de la representación de colores el momento donde hay un estado de alerta o cuando pasa a de riesgo, deteniéndose para activar sus estrategias de control de emociones (Aguaded y Valencia, 2017).

Desarrollo de la sesión

Se inició la sesión con la psicoeducación en higiene del sueño, evaluando la calidad del sueño, las problemáticas que más le afectan respecto a este tema y que soluciones suele tomar para hacerle frente, asimismo, se habló sobre la importancia de los hábitos adecuados del sueño para un buen estado de salud, a lo cual, N.N., planteó dos objetivos principales, obtenibles y a corto plazo que efectuará a lo largo de la semana.

La siguiente actividad que se trató, fue la técnica de respiración profunda, explicando en que consiste, sus objetivos y la importancia de una buena respiración, puesto que comúnmente se está acostumbrado a respirar por mero instinto y no de forma consciente. Para lo tanto, se le pidió al paciente que siga las instrucciones: tomar una posición cómoda para poder empezar a relajar sus músculos, hombros y manos, seguido de una secuencia de respiraciones, luego se le pidió replicar los pasos sin ayuda, recomendando realizar la actividad las veces que sea necesaria hasta acostumbrarse y tener una mayor efectividad ante momentos de ansiedad o estrés.

Como última actividad, se implementó la técnica del semáforo, a lo cual, en primer lugar, se procedió a la identificación de las emociones del paciente, solicitándole realizar una introspección en sí mismo acerca de cómo se siente ante diversas situaciones como son: el

entrar a sala de hemodiálisis, cuando quiere darse un episodio de atracón, luego de un episodio de atracón y cuando presenta insomnio, para luego etiquetar estas emociones ya sea con verde (calma), amarillo (alerta) o rojo (malestar).

N.N. pudo identificar tristeza, desesperación, pánico y enojo, luego de ello, se fueron seleccionando aquellas estrategias de autocontrol apropiadas para tratarse durante el estado de alerta y el estado de malestar, además, de cómo podría convertir tales emociones en un estado de calma. Una vez planificadas las estrategias, se envía de tarea el implementar lo aprendido en su diario vivir, para lo cual, mediante la app de WhatsApp, tendrá que mandar un audio de cómo se sintió, como valora la emoción y que implementó durante ese estado.

Logros obtenidos

El encuentro finalizó satisfactoriamente, se cumplieron los objetivos planteados, promoviendo hábitos adecuados mediante la educación en hábitos del sueño e identificación de emociones, hábitos inadecuados que sigue presentado, además de desarrollar un plan de estrategias para hacer uso durante estos momentos.

Sesión 9

Este encuentro terapéutico tuvo como finalidad dar seguimiento y evaluar los cambios obtenidos tras la ejecución del plan terapéutico, verificar el progreso y las mejoras alcanzadas. Se aplicó la **evaluación psicológica** del inventario BAI, BDI-II y EDI-II, para obtener un seguimiento y evaluación del paciente. Este proceso se caracteriza por la recopilación y análisis de datos sobre el comportamiento humano en relación a la problemática evidenciada, la cual comienza desde que el consultante acude por primera vez para discutir su situación; a partir de entonces, se inicia la evaluación con el propósito de describir, clasificar y efectuar decisiones terapéuticas orientadas al bienestar del individuo (Elcovich et al., 2015; Fernández-Ballesteros, 2013).

Desarrollo de la sesión

Se comienza la sesión con la explicación de las actividades a realizar en la sesión, los objetivos de implementar la evaluación psicológica post tratamiento y como estos resultados permitirán visualizar los avances cuantitativos. Es importante recalcar que se hizo mención a

que no hay respuestas buenas ni malas, y en caso de necesitar tiempo o repetir alguna pregunta, este lo puede solicitar libremente.

Durante el desarrollo de la evaluación psicológica el paciente respondía con normalidad las preguntas, tranquilo y seguro de sí mismo, además compartía información que corroboraba sus respuestas.

La sesión se realizó con total éxito, el paciente pudo responder con totalidad las preguntas de los test psicológicos, y comprender el desarrollo del mismo.

Sesión 10

Como última sesión del plan terapéutico se realizó la sesión de seguimiento para proporcionar la devolución de resultados, analizar objetivos alcanzados y agendamiento para seguimiento mensual, mediante el uso de la técnica de **entrevista psicológica**, entendiéndose como un encuentro entre dos individuos que comparten una interacción verbal y no verbal, basado en la asimetría de roles, donde es el terapeuta quien toma la responsabilidad del desarrollo de la misma y está estará ligada a los objetivos planteados en la sesión (Paz y Peña, 2021).

Desarrollo de la sesión

Durante la sesión se realizó la devolución de los resultados del re-test, informándole que, en los reactivos aplicados, es evidente la diferencia de puntuaciones en relación a la primera sesión que en la actualidad. Posteriormente, se dio lugar a la actividad Árbol de logros, solicitando a N.N. realizar una lista con todas las virtudes que crea poseer y sus logros alcanzados en terapia o fuera de ella, alegando dentro de sus virtudes ser una persona bastante sociable, caritativa, respetuosa y honesta. Y respecto a sus logros, mencionó primeramente el bajar de peso saludablemente y como esto ha ayudado a que sea mucho mejor su tratamiento médico, el tener una alimentación más saludable y consciente, evitando estímulos distractores, reducción de sus episodios de atracones, estabilidad emocional y reducir su depresión a un nivel más manejable.

Seguidamente, se dibujó el árbol con todos sus componentes: hojas, tronco, ramas, frutos y raíces; en las raíces se escribieron las virtudes previamente enumeradas, en el tronco

el nombre del paciente y en los frutos los logros que ha obtenido a lo largo de este tiempo. Una vez realizada la actividad se resalta la importancia de reconocer las virtudes y logros, y como esto influye en la autoestima.

Por último, como cierre de la sesión, se le explicó al paciente que esta sería la última sesión, realizando la alta terapéutica, dado sus mejorías significativas en su vida cotidiana, la adherencia terapéutica y hábitos saludables, agendando sesiones de seguimiento mensuales en la sala de hemodiálisis de la Unidad Renal.

Logros obtenidos

La sesión se realizó con eficacia, el paciente mostró una notable capacidad para reconocer sus logros alcanzados a nivel cualitativo durante el proceso terapéutico a través de la actividad de árbol actividad del árbol y avances cuantitativos tras la devolución de resultados de los reactivos psicológicos. N.N. manifestó en la actualidad el tener estabilidad emocional con estado de ánimo eutímico, adherencia al tratamiento de hemodiálisis que se ve reflejada en la mejora de sus hábitos como son una alimentación balanceada y consciente; así como en el cese de los ataques de pánico que sucedían cuando estaba a mitad del proceso de diálisis, e incluso siendo ahora él quien proporciona apoyo a los nuevos compañeros que ingresan a la unidad y se sienten temerosos del proceso.

Capítulo tres

Resultados

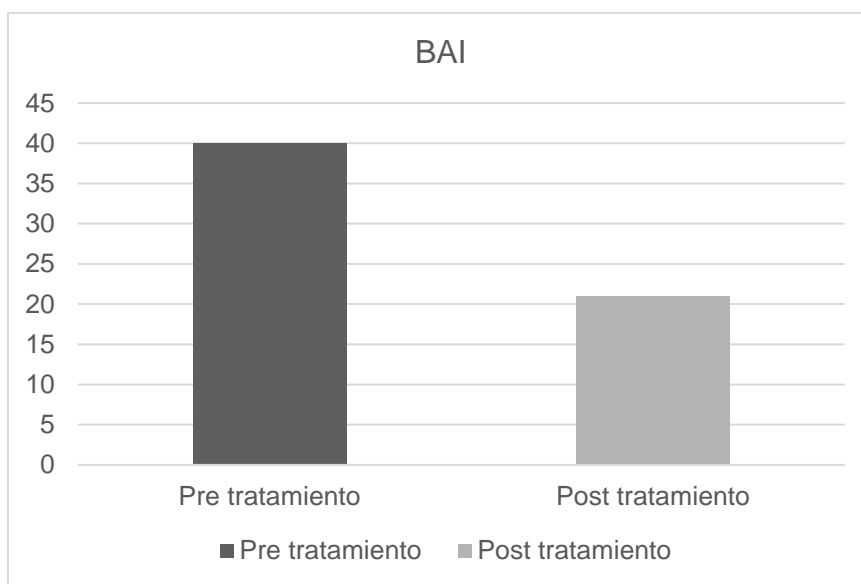
En el siguiente apartado se exponen los resultados obtenidos pre y post evaluación psicológica del presente caso clínico, en base a un análisis cualitativo y cuantitativo del proceso de evaluación, diagnóstico, tratamiento aplicado y avances identificados en el paciente.

3.1. Análisis de resultados cuantitativos

Para el análisis cuantitativo, se aplicaron 3 instrumentos psicológicos usados para pre y post tratamiento que se detallan a continuación:

Figura 2

Resultados pre y post tratamiento de Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

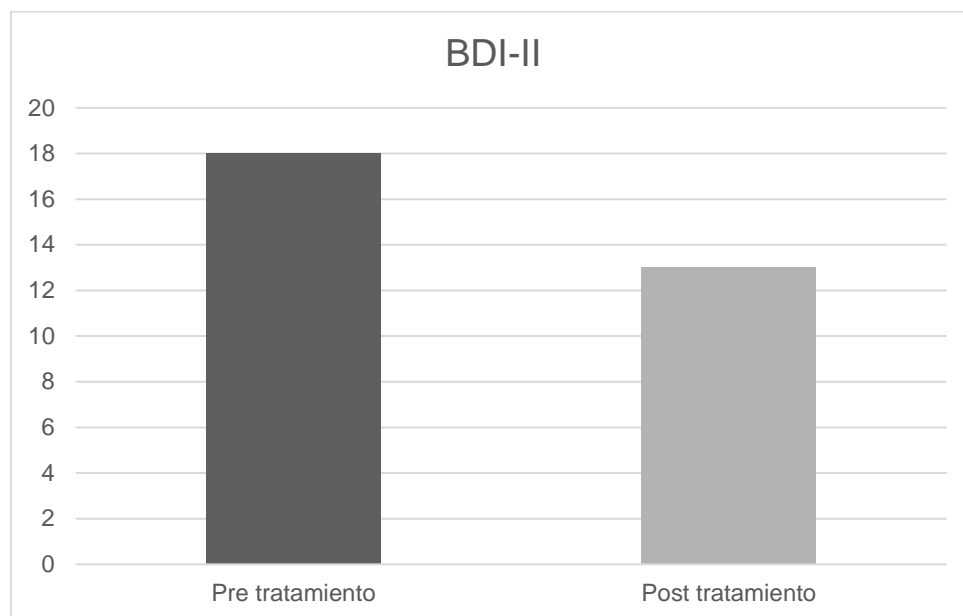


Nota. Resultados de N.N. obtenidos pre y post tratamiento del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

De acuerdo con la figura 2, los resultados de la evaluación pre tratamiento indican que el paciente presentaba una puntuación de 40 puntos, lo que corresponde a una ansiedad severa acompañada de síntomas como dolores musculares, golpeteo al corazón, malestar en el pecho “como si le apretara el corazón” e irritabilidad persistente. Tras iniciar el tratamiento psicológico, su puntuación disminuyó significativamente a 21 puntos, correspondiente a una ansiedad muy baja, con una notable reducción de la sintomatología ansiosa.

Figura 3

Resultados pre y post tratamiento del Inventario de depresión de Beck (BDI-II)

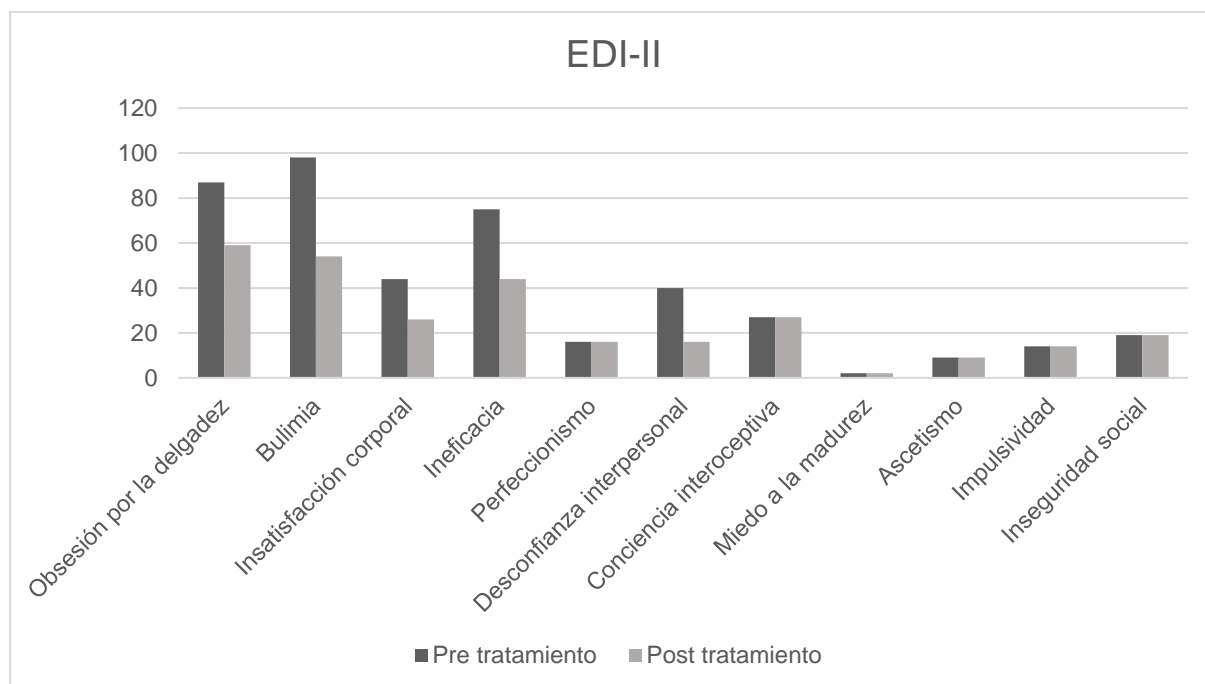


Nota. La figura muestra los resultados de la evaluación pre y post tratamiento del Inventario de depresión de Beck (BDI-II)

Referente a la evaluación psicológica del inventario de depresión de Beck, en la figura 3 se evidencia que, en un inicio, el evaluado obtuvo un puntaje de 19 puntos, lo que se interpreta como una depresión leve caracterizada por sentimientos de desesperanza, irritabilidad, soledad, fluctuación del estado del ánimo e inestabilidad emocional. Mientras que, después del tratamiento, la puntuación aminoró a 13 puntos, es decir, una depresión mínima, resaltando la reducción de sintomatología depresiva.

Figura 4

Resultados pre y post tratamiento del Inventario de trastorno de la conducta alimentaria (EDI-II)



Nota. La figura muestra los resultados pre y post tratamiento del Inventario de trastorno de la conducta alimentaria (EDI-II).

Conforme a los resultados del inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-II), representados en la figura 4, la evaluación pre tratamiento psicológico reveló que N.N. mantenía puntajes elevados (mayores e iguales a 40 puntos) en varias subescalas: obsesión por la delgadez con 87 puntos, bulimia con 98 puntos, insatisfacción corporal con 44 puntos, ineficiencia con 75 puntos, y desconfianza interpersonal con 40 puntos. En contraste, las subescalas restantes de impulsividad con 14 puntos, ascetismo con 9 puntos, miedo a la madurez con 2 puntos, inseguridad social con 19 puntos, perfeccionismo con 16 puntos y conciencia interoceptiva con 27 puntos, obtuvo puntajes menores a 40 puntos, variables que no presentan el valor requerido para ser consideradas de riesgo o de interés de estudio

Los puntajes altos en las variables indican que el usuario presenta sintomatología como preocupación por el peso, deseo de adelgazar, episodios de atracones de comida con una fuerte pérdida de control sobre la comida y la propia vida, así como sentimientos de pérdida de eficiencia, falta de confianza y baja autoestima.

Luego del tratamiento psicológico, se observó una disminución considerable en las subescalas que previamente mantenían puntajes elevados y de riesgo, como son obsesión por la delgadez con 59 puntos, bulimia con 54 puntos, desconfianza interpersonal con 27 puntos, insatisfacción corporal con 26 puntos e ineficacia con 44 puntos. También se registraron cambios en algunos puntajes dentro de las variables con menos puntaje, tales como: conciencia interoceptiva con 16 puntos; mientras que algunas escalas mantuvieron los mismos puntajes: inseguridad social con 19 puntos, ascetismo con 9 puntos, perfeccionismo con 16 puntos e impulsividad con 14 puntos. Se destaca que, en la evaluación post tratamiento, existe la reducción significativa de puntajes y sintomatología asociada al trastorno de la conducta alimentaria.

3.2. Análisis de resultados cualitativos

Para el análisis de los datos cualitativos, se realizó una ficha de observación que permitirá la comparación de conductas y afectaciones iniciales en el paciente, en comparación con las conductas actuales presentadas tras la intervención terapéutica.

Tabla 12

Resultados cualitativos del progreso del tratamiento psicoterapéutico

Conductas y aspectos con alteración inicial	Progreso			Observación
	No hubo cambios	Cambio parcial	Hubo cambio	
No adaptación al tratamiento de hemodiálisis.			X	En un inicio, N.N. no mostraba una adaptación ni adherencia al tratamiento de hemodiálisis, sin embargo, se logró modificar sus pensamientos y la conducta, facilitando su adaptación, siendo ahora una fuente de apoyo para otros compañeros que recién empiezan el tratamiento.
Nula realización de actividades diarias.		X		El paciente acudió a consulta inicial con una rutina basada en la nula realización de actividades, que, tras la

				aplicación de técnicas específicas, este logró cambios parciales, llegando a realizar un mínimo de actividades durante el día como son: regar sus plantas dos veces al día, alimentar a sus conejos y cuyes, no dormir durante el día, entre otras.
Aumento de peso significativo.			X	En un inicio el usuario mantenía un aumento de peso significativo interdiálisis que dificultaba el procedimiento de hemodiálisis. Posteriormente hubo una disminución de peso de aproximadamente 4 a 5 kg.
Periodos de atracones consecutivos.			X	El paciente experimentaba periodos de atracones consecutivos y recurrentes, los cuales gradualmente fueron disminuyendo, siendo más consciente de su alimentación e identificando entre hambre emocional y hambre real.
Periodos de ayuno prolongados.			X	Como conductas de compensación se encontraban los periodos de ayuno prolongados para contrarrestar el aumento de peso, lo cual, pudo ser extinguido.
Baja predisposición al cuestionamiento de creencias irracionales en relación con su enfermedad, valía personal, funcionalidad y cambio de hábitos.			X	Durante las primeras sesiones, el paciente se mostraba bastante reacio al cuestionamiento de sus pensamientos, pero con el tiempo eso fue cambiando, llegando a generar por su cuenta pensamientos racionales.

Sintomatología ansiosa depresiva con fluctuaciones en el estado del ánimo, anhedonia, desesperanza, sentimientos de soledad, irritabilidad persistente y ataques de pánico durante hemodiálisis.		X		Previo al tratamiento psicológico, el paciente presentaba sintomatología ansiosa-depresiva que afectaban considerablemente su estabilidad emocional, no obstante, post tratamiento psicológico el paciente logra reducir estos síntomas mediante el manejo del estrés, técnicas de relajación, activación conductual y estrategias de afrontamiento.
Automedicación de antidepresivos y medicina para dormir.	X			Desde el primer acercamiento se conocía que el paciente se automedicaba con antidepresivos y medicina para dormir, pese a la psicoeducación y advertencias realizadas, esta conducta no cambió.

Nota. Datos cualitativos pre y post tratamiento de N.N.

En la tabla 12 se detallan los comportamientos y conductas evidenciadas del paciente antes de dar inicio del tratamiento psicológico, así como su evolución durante la intervención. En un inicio N.N. mostraba una falta de adaptación al tratamiento de hemodiálisis, lo que resultaba en un estado de inestabilidad emocional y malestar a nivel general; sin embargo, tras la aplicación de técnicas y herramientas psicológicas, se logró modificar su conducta y adaptarse de mejor forma al procedimiento médico, ya que ahora es él quien ofrece apoyo a compañeros que están comenzando hemodiálisis y se muestran ansiosos del proceso.

Respecto al estado de activación conductual, N. N mantenía una rutina sedentaria con nula participación en actividades sostenibles, lo que generaba aumento de la sintomatología ansiosa depresiva y episodios de atracones. No obstante, se logró establecer horarios (alarmas) y rutinas más activas que lo mantuvieran ocupado durante el día, realizando actividades como salir a comprar sus propios alimentos, cuidar sus plantas, limpiar su hogar y alimentar sus animales. Además, comenta que ha empezado a organizar su día y horarios

de comida, lo cual, le permite un régimen de alimentación ordenada, y si en un momento se olvida de algo, sabe que las alarmas programadas le recordarán lo que tiene que hacer.

En contraste, se destaca que en un inicio existía un aumento significativo de peso interdiálisis que dificultaba la intervención médica, lo cual se asociaba a diversos factores de riesgo identificados como la nula realización de actividades, falta de rutina y hábitos inadecuados de alimentación tales como períodos de atracones consecutivos y ayunos prolongados.

Posterior a la ejecución de las técnicas de identificación de valores, activación conductual y mindfulness, se logró desarrollar hábitos saludables basados en alimentación consciente, implicando la predisposición a llevar a cabo un nuevo estilo de vida, refiriendo alimentarse tratando de disfrutar las comidas, y en caso de haber comido mucho, no se castigaba dejando de comer por horas, sino más bien en su siguiente comida lo hacía en las porciones adecuadas y a la hora establecida, lo que resultó en una disminución de peso interdiálisis entre 4 a 5 kg.

Asimismo, otro aspecto evidenciado es la baja predisposición al cuestionamiento de pensamientos irracionales en relación a su enfermedad, valía personal, funcionalidad y cambio de hábitos, ya que, durante las sesiones de debate socrático, este contradecía y se mostraba muy reacio a cuestionar sus creencias; sin embargo, esto fue cambiando con el paso de las sesiones, dándose cuenta de que estos pensamientos únicamente afectaban su bienestar emocional.

Del mismo modo, se observa que, en un inicio, N.N. experimentaba fluctuaciones en el estado del ánimo, anhedonia, desesperanza, sentimientos de soledad, irritabilidad persistente y ataques de pánico durante hemodiálisis. Estas dificultades pudieron ser modificadas parcialmente después del tratamiento, como los ataques de pánico, la anhedonia y fluctuaciones del estado del ánimo, siendo posible gracias a un apropiado manejo del estrés, técnicas de relajación, activación conductual y estrategias de afrontamiento, refiriendo sentirse estable emocionalmente.

Finalmente, se identificó una conducta de riesgo que corresponde a su automedicación con medicina psiquiátrica, de la cual se ha advertido su uso inapropiado y sin supervisión médica, pues al tratarse de un paciente que recibe tratamiento médico de hemodiálisis, no es recomendable el uso de cualquier medicina; sin embargo, N.N., no ha mostrado cambios y continúa con su consumo.

Discusión

En base a la revisión bibliográfica pertinente y el desarrollo del presente caso, se evidencia que la bulimia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria, caracterizada por comportamientos inapropiados en la alimentación, afectando al 0,8% de adultos a nivel mundial, siendo esta la causa de 3,3 millones de muertes al año (Carrino et al., 2023). Esta psicopatología puede estar acompañada del trastorno mixto ansioso depresivo, una clasificación donde existe la presencia de síntomas ansiosos y depresivos; sin embargo, la gravedad y magnitud de afectación de los mismos no justifican su diagnóstico individual, siendo considerada una de las clasificaciones más utilizadas en la actualidad (OMS, 2018; Shevlin et al., 2022).

Durante este caso, se trabajó con un paciente adulto de sexo masculino, de 58 años de edad y estado civil divorciado, que atraviesa por un proceso de hemodiálisis por Insuficiencia Renal Crónica (IRC), el cual, tras la evaluación psicológica, se diagnostica con trastorno de bulimia nerviosa y trastorno mixto ansioso depresivo. Esto se puede contrastar con un estudio ecuatoriano de Saldarriaga y Román (2021) el cual señala la relación directa entre las variables sociodemográficas de la muestra con una malnutrición durante el proceso de hemodiálisis, que se ve reflejada en desórdenes alimenticios, anemia o sobrepeso, siendo mayormente sus afectados adultos con edades entre 50 a 65 años, de género masculino, con discapacidad sensorial auditiva, motora o visual y que no reciben apoyo familiar adecuado.

Asimismo, un estudio ecuatoriano realizado por Pillajo y Arraíz de Fernández (2020) afirma la existencia de factores demográficos de vulnerabilidad asociadas al desarrollo de trastornos psicológicos en personas sometidas a hemodiálisis, destacando la prevalencia de síntomas ansiosos en varones de entre 40 a 49 años, así como, síntomas depresivos en

hombres viudos, divorciados y casados; siendo esto consistente con los datos sociodemográficos del presente estudio.

En cuanto a la sintomatología del usuario, se identificó: aumento excesivo de peso, atracones diarios, ansia por comer, ayunos prolongados para evitar el aumento de peso y autopercepción de estar demasiado obeso, conductas desencadenadas por la inadecuada ingesta alimenticia, dificultad en la preparación de comida y escasas de rutina diaria, generando un riesgo a su salud. Algo similar sucede en Ibarra, donde un estudio ecuatoriano realizado por Hidobro et al. (2024), menciona que el 57,1% de su muestra de estudio en pacientes hemodializados mantienen conductas inadecuadas de cuidado en relación a la alimentación, control de líquidos, actividades de ocio y relaciones interpersonales, lo cual genera graves complicaciones en su salud física y psicológica, así como el aumento de morbi-mortalidad.

De igual manera, en N.N. se evidenciaron molestias musculares, dolores en el pecho, sensación de ahogo, irritabilidad, estado de ánimo bajo, anhedonia, fatiga, insomnio, pérdida de confianza y autoestima, que son agravados por bajo nivel de apoyo familiar, falta de cuidados médicos e insuficientes estilos de afrontamiento. Esta sintomatología permitió llegar a un segundo diagnóstico de trastorno mixto ansioso depresivo, el cual es bastante frecuente en este tipo de población, pues Lin et al. (2020) explican que en EE. UU el 53.8% de pacientes con hemodiálisis presentan este diagnóstico, y de forma similar Antonio et al. (2021) mencionan que en México existe una frecuencia de esta problemática en un 45%, lo cual se debe al fuerte impacto que la IRC produce en el funcionamiento biopsicosocial de sus afectados, contribuyendo a una baja calidad de vida.

En este apartado se ofrecerá una descripción detallada del proceso de evaluación trabajado con el paciente, donde se emplearon técnicas de entrevista, observación y aplicación de reactivos; en este sentido, conforme a la sintomatología identificada, se aplicaron tres instrumentos clave que se detallan a continuación:

En primera instancia, se administró el Inventario de Ansiedad (BAI) por su alta confiabilidad interna (0,84), fácil administración e interpretación de resultados (Vizioli y

Pagano, 2020). Empero, los estudios de Pillajo y Arraíz de Fernández, (2023) y Salas y Fernández (2019), difieren en su uso, sugiriendo como alternativa el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) o la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG), debido a que estas pruebas permiten realizar un análisis más profundo de la ansiedad, no solo como un estado del ánimo, sino también como un rasgo de personalidad.

Posteriormente, se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) para identificar y detectar la presencia de síntomas depresivos, siendo similar a los trabajos de Antonio et al. (2021) y Pretto et al. (2020) donde demuestran la efectividad del uso del BDI-II en evaluación pre y post tratamiento en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, gracias a su confiabilidad interna en cualquiera de sus versiones y registro de los grados de la depresión permitiendo percibir los cambios obtenidos a lo largo del tiempo.

Por último, se empleó el inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-II), para evaluar la presencia de Bulimia Nerviosa por medio de tres escalas: obsesión por la delgadez, bulimia e insatisfacción corporal. Benitez et al. (2019), destacan la utilidad del instrumento porque proporciona información sobre comportamientos de alimentación problemáticos, factores de riesgo y aspectos psicológicos de interés en los evaluados, dado que, es muy común que la sintomatología asociada a los trastornos alimentarios en pacientes con hemodiálisis sean pasados por alto, otros factores psicosociales asociados a estos trastornos que con frecuencia son encubiertos por los efectos secundarios propios de la intervención médica (Bedoya et al., 2019).

A partir de los resultados obtenidos del proceso de evaluación, se llegó a la conclusión diagnóstica de dos trastornos, un F50.2 trastorno de bulimia nerviosa y un F41.2 trastorno mixto ansioso depresivo, en virtud de cumplir con los criterios expuestos dentro del manual seleccionado, en este caso, la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10), que de acuerdo con Claudino et al. (2019) este manual posee cualidades positivas como pautas claras y específicas en el diagnóstico de los trastornos alimentarios y afectivos, aspecto fundamental para una adecuada valoración y tratamiento.

Concluido el diagnóstico, se diseñó un plan de intervención basado un modelo integrativo con la finalidad de fomentar en N.N. la adherencia al tratamiento de hemodiálisis, aceptación de la enfermedad, disminución de ansiedad por comer, conductas inapropiadas sobre el manejo del hambre y reducción de sintomatología ansiosa depresiva, puesto que para Barello et al. (2023) y Enriquez-Estrada et al. (2021) la complementariedad entre los modelos integrativos esencialmente la terapia cognitivo conductual y la terapia de aceptación y compromiso, son beneficiosas para intervenir en la sintomatología ansiosa depresiva, los trastornos alimentarios y el desarrollo de hábitos saludables, siendo esencial para los pacientes renales.

En primer lugar, se incorporó la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), empleando las siguientes técnicas: metáforas, mindfulness e identificación de valores para trabajar en el paciente la aceptación de experiencias internas, al igual que estudios previos de Barceló-Soler et al. (2018), Ordaz-Cruz (2022) y Rozo (2019), quienes aseguran el rendimiento de estas técnicas a partir de la aceptación y vivencia de las experiencias sin juicios con el objetivo de generar en pacientes renales habilidades de afrontamiento y aumento de la actividad diaria en pacientes crónicos en relación a los valores personales, además de la disminución de atracones y alimentación consciente.

En segundo lugar, la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) mediante técnicas de psicoeducación en diferentes temáticas como: IRC, bulimia nerviosa e higiene del sueño, algo similar con el estudio de Becerril et al. (2021) y Guzmán-Carrillo et al. (2022), el cual aplicó un programa psicoeducativo con el fin de aumentar el conocimiento de la IRC en sus evaluados, obteniendo en ellos una mayor aceptación al tratamiento de hemodiálisis en cuanto a conductas de higiene, cuidados médicos e ingesta de líquidos.

Asimismo, se trabajó con N.N. la identificación de pensamientos irracionales, debate socrático, entrenamiento en autoinstrucciones y activación conductual: establecimiento de objetivos, planificación de actividades y administración del tiempo para generar en el usuario un nuevo estilo de vida que ayude a contrastar los comportamientos producidos por el tiempo de ocio. Estos logros similares a trabajos de Becerril et al. (2021) y Enríquez-Estrada et al.

(2021) quienes ejecutaron la TCC mediante técnicas como la terapia racional emotiva, debate socrático y la activación conductual en pacientes renales, lo que resultó en una mejora significativa en la adherencia al tratamiento, manejo de emociones, reducción de síntomas de ansiedad y modificación de creencias negativas acerca de la restricción alimentaria.

Para finalizar el proceso terapéutico, se aplicó la Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS) como tareas complementarias a la intervención y prevención de recaídas, utilizando las siguientes técnicas: “La carta para los días malos”, “Plan de emergencia” “Post it para uno mismo”, “¿Para qué puede servir?” y la técnica del semáforo. Sin embargo, estas tres últimas no resultaron favorables debido a problemas de visión en el paciente, por lo tanto, se realizaron modificaciones de la técnica, que según Herrera et al. (2022), la ineficacia en la TBCS, radica en la ausencia de estrategias propicias a la realidad, sin considerar aspectos diarios que enfrentan los pacientes con IRC.

Se destaca que, dentro de las técnicas gestionadas, la más efectiva fue Mindfulness: ejercicio de la uva pasa, ya que, permitió en el paciente una alimentación consciente y basada en la identificación de emociones para poder diferenciar entre el hambre emocional y el hambre real, lo cual es consistente con el estudio de Igarashi et al. (2021), quienes mencionan lo útil del mindfulness para trabajar con pacientes en hemodiálisis, impulsando la mejora de la calidad de vida y la reducción de comorbilidades en el manejo de enfermedades crónicas.

Dentro de los avances obtenidos tras la ejecución del plan de intervención pertinente, se evidencia en N.N. la aceptación de la enfermedad con adaptación al tratamiento médico, siendo el ahora quien brinda apoyo a las personas que están por iniciar el proceso, llevando a cabo los cuidados pertinentes en alimentación y consumo de líquidos, desarrollando estrategias de afrontamiento ante las situaciones diarias; siendo esto semejante a los resultados obtenidos por Valsaraj et al. (2021) el cual, tras la intervención psicoterapéutico en TCC en su muestra de estudio, logró generar en ellos la adherencia al tratamiento de hemodiálisis a partir de un régimen de líquidos y dieta, promoviendo el desarrollo de estrategias de afrontamiento para mejorar la calidad de vida y su bienestar psicológico.

Referente a la ansiedad por comer, atracones y ayuno, se evidencia la disminución de 98 puntos a 54 puntos en la variable Bulimia del Inventario EDI-II, a partir de la modificación de hábitos con enfoque en actividades de ocio, establecimiento de rutinas, horarios de alimentación y educación en alimentación saludable. Dado que, para Hussein et al. (2021) las personas con IRC que mantienen mayor activación diaria en base a sus valores individuales presentan comportamientos más saludables en relación a la alimentación saludable y el cumplimiento de los cuidados médicos que demanda el tratamiento de hemodiálisis.

Asimismo, hubo una reducción de sintomatología ansiosa-depresiva tras la modificación de pensamientos irracionales sobre hábitos, estilo de vida, valía personal y funcionalidad. Tales resultados permiten destacar que el tratamiento psicológico en pacientes con trastorno de bulimia nerviosa y trastorno mixto ansioso depresivo tiene una alta eficacia, y después de la alta terapéutica, más del 50% remiten por completo los síntomas (Izquierdo-Torres, 2024).

Dentro de las limitaciones del caso, en primer lugar, se encuentran las dificultades visuales del paciente, lo cual impiden la realización de las actividades de la vida diaria, la ejecución de tareas y estrategias psicológicas, autocuidado y movilidad. En segundo lugar, se encuentra la nula aceptación del paciente en acudir a consulta psiquiátrica, y a su vez, automedicarse a pesar de llamados de atención, siendo un método usado a manera de “locus de control externo”, recurriendo al uso inadecuado de medicamentos psiquiátricos para mejorar su estado emocional, lo que resulta perjudicial en pacientes de hemodiálisis, afectando su salud y estados emocionales (Delgado-Domínguez et al., 2021; Rodríguez y Salgueiro, 2020).

De igual forma, otra limitación en el caso fue que el paciente no contaba con una red de apoyo adecuada. Para Makri et al. (2022), las relaciones interpersonales de los pacientes son aspectos claves en los tratamientos psicológicos, y una deficiente red de apoyo puede intensificar el trastorno; ya que, la percepción subjetiva de soledad se encuentra asociada al consumo inadecuado de alimentos, su frecuencia y cantidad.

Por último, el presente caso brindó una serie de aportes significativos, de los cuales se destaca la finalización con éxito del tratamiento psicológico en N.N., así como cambios favorables en relación con la sintomatología que aquejaba, facilitando la adaptación al tratamiento de hemodiálisis, contribuyendo al desarrollo de estabilidad emocional y calidad de vida. Mientras que, para el estudiante a cargo, el obtener experiencia de trabajar con un caso clínico de primera mano y poner en práctica los conocimientos adquiridos a lo largo de la preparación pre profesional en Psicología Clínica. Además de adquirir competencias necesarias para el ámbito profesional, con relación a los diversos enfoques y técnicas terapéuticas, siendo consciente de las dificultades que se pueden presentar en terapia.

Se espera que la información brindada sea útil para futuras investigaciones en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica u otras enfermedades crónicas, esto debido a que los trastornos alimenticios en pacientes con hemodiálisis pueden estar infradiagnosticados y los factores psicosociales rara vez suelen ser considerados para la detección de estos trastornos en esta población, considerando la importancia de un adecuado diagnóstico para favorecer la calidad de vida de sus afectados, por lo cual, se sugiere continuar realizando investigaciones sobre los pacientes sometidos a hemodiálisis y las posibles comorbilidades que pueden llegar a presentarse.

Conclusiones

En conclusión, la aplicación de las técnicas: entrevista, observación y administración de reactivos psicológicos como el Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck, e Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-II) resultaron favorables en el proceso de evaluación debido a su capacidad en la identificación y gravedad de los síntomas tanto físicos como psicológicos en pacientes con tratamiento de hemodiálisis. Lo cual, permitió el desarrollo de un plan terapéutico personalizado y la posibilidad de una evaluación re-test para analizar la efectividad de la intervención psicológica.

En cuanto al uso del Manual de Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10), este actuó como una herramienta apta para el diagnóstico, gracias a que contiene pautas claras y precisas para el diagnóstico diferencial y específico de los trastornos, contribuyendo a la diferenciación entre el episodio depresivo y el trastorno de ansiedad generalizada en el usuario. Sin embargo, se requiere una especificación dentro del trastorno de bulimia nerviosa en base a las conductas de compensación presentadas.

Referente a la aplicación del modelo integrativo, se concluye su eficiencia en el tratamiento de bulimia nerviosa y trastorno mixto ansioso depresivo para el tratamiento de pacientes en hemodiálisis, mediante la combinación de técnicas cognitivo conductuales y de la terapia de aceptación y compromiso, en búsqueda de reestructuración cognitiva, entrenamiento en auto instrucciones, activación conductual, estrategias de afrontamiento y aceptación de las emociones internas, logrando la adherencia al tratamiento de hemodiálisis, la aceptación de la enfermedad, reducción de síntomas ansioso depresivos y la promoción de hábitos saludables en alimentación y manejo del hambre, permitiendo al individuo la adaptación de las intervenciones médicas, disminución de peso interdiálisis, estabilidad emocional y calidad de vida.

Recomendaciones

En base a las conclusiones previamente planteadas, se describen las siguientes recomendaciones:

Se recomienda el uso de reactivos psicológicos con una alta confiabilidad interna, tales como los reactivos seleccionados en el presente caso. Además, se puede implementar el uso de otros reactivos que integren la evaluación de la depresión y ansiedad en un mismo test, evaluación de ansiedad y depresión como rasgo o como síntoma.

En base al manual de clasificación CIE 10, se recomienda seguir con su uso para el diagnóstico de trastorno mixto ansioso depresivo, ya que brinda pautas específicas para su clasificación; no obstante, se sugiere en casos de bulimia nerviosa recurrir al manual DSM-V, debido a su enfoque detallado dentro de las especificaciones de remisión y la gravedad actual, convirtiéndose en una mejor alternativa para evaluar este trastorno.

En cuanto al tratamiento terapéutico, se propone continuar implementando técnicas de la terapia cognitivo conductual para trabajar en síntomas ansioso-depresivos y desórdenes alimenticios; además de la terapia de aceptación y compromiso por permitir trabajar la implementación de hábitos saludables en pacientes en hemodiálisis a partir de la identificación de valores personales. Por otro lado, se recomienda trabajar con la terapia breve centrada en soluciones, siempre y cuando se hayan analizado todos los factores de riesgo del paciente, incluidas las limitaciones sensoriales.

Referencias

- Aguaded, M. C. y Valencia, J. (2017). Estrategias para potenciar la inteligencia emocional en educación infantil: aplicación del modelo de Mayer y Salovey. *Tendencias pedagógicas*, 1(30), 175-190. <https://doi.org/10.15366/tp2017.30.010>
- Álvarez, G., de Armas, J. I., Luna, O. y Hernández, N. (2023). Diagnóstico diferencial: ¿Qué es, ¿cómo se hace, ¿dónde lo enseñan? *Medicentro Electrónica*, 27(3). <https://lc.cx/6hnSev>
- American Psychological Association. (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Editorial Médica Panamericana.
- Antonio, G. V., de Avila, M. L., Tenahua, I., Morales, F. A. y López, C. (2021). Depresión y calidad de vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis. *Journal Health NPEPS*, 6(2). <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/5482>
- Arboleda, M. A., & Urbina, I. A. (2021). Terapia de Aceptación y Compromiso y uso de metáforas para promover flexibilidad psicológica. *Indagare*, (9). <https://doi.org/10.35707/indagare/902>
- Arias, M. G., Archila, M., Moisa de Orozco, M. E, Anastario, M. (2020). Asignación diagnóstica del CIE-10 entre psicólogos en un hospital salvadoreño. *Revista Alerta*, 3(2), 129-134. <https://bit.ly/4cadTV0>
- Astuti, Y., & Utami, T. (2021). The Cognitive Behavioral Therapy Reduces Depression in Chronic Kidney Disease Patients Undergoing Hemodialysis. *Indonesian Journal of Global Health Research*, 3(1), 109-118. <https://doi.org/10.37287/ijghr.v3i1.553>
- Barceló-Soler, A., Monreal-Bartolomé, A., Navarro-Gil, A. Beltrán-Ruiz, M. y García-Campayo, J. (2018). Mindfulness aplicado a la atención primaria, *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 25(10), 564-573. Doi: [10.1016/j.fmc.2018.03.004](https://doi.org/10.1016/j.fmc.2018.03.004)

- Barello, S., Anderson, G. A., Acampora, M., Bosio, C. Guida, E., Irace, V., Guastoni, C. M., Bertani, B. & Graffigna, G. (2023). The effect of psychosocial interventions on depression, anxiety, and quality of life in hemodialysis patients: a systematic review and a meta-analysis. *Int Urol Nephrol*, 55(1), 897–912. <https://doi.org/10.1007/s11255-022-03374-3>
- Becerril, M. (2021). Intervención psicológica en personas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. *Psicología y Salud*, 31(2), 287-293. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i2.2697>
- Bedoya, M. del P., Morán, R. P., & Estupiñan, G. E. (2019). Nivel nutricional y régimen alimenticio de pacientes con insuficiencia renal crónica de un centro de diálisis de Chile. *Recimundo*, 3(3), 243-274. [https://doi.org/10.26820/recimundo/3.\(3\).septiembre.2019.243-274](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(3).septiembre.2019.243-274)
- Benitez, A., Sánchez, S., Bermejo, M. L., Franco-Reynolds, L., García-Herraiz, M. A., & Cubero, J. (2019). Análisis del Riesgo de sufrir Trastornos Alimentarios en jóvenes universitarios de Extremadura (España). *Enfermería Global*, 18(2), 124–143. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.2.313421>
- Beyebach, M. y Herrero de Vega, M. (2010). *200 tareas en terapia breve individual, familia y de pareja*. (2ª ed.). Herder editorial. <http://librodigital.sangregorio.edu.ec/librosusqp/46630.pdf>
- Cabañas-Rojas, V., & Báez-Rodríguez, A. (2020). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en un caso de ideación delirante. *Revista De Casos Clínicos En Salud Mental*, 8(1). <https://lc.cx/q3dKm9>
- Carrino, E. A., Flatt, R. E., Pawar, P. S., Sanzari, C. M., Tregarthen, J. P., Argue, S., Thornton, L. M., Bulik, C. M. & Watson, H. J. (2023) Sociodemographic and clinical characteristics

of treated and untreated adults with bulimia nervosa or binge-eating disorder recruited for a large-scale research study. *J Eat Disord* 11(1), 126
<https://doi.org/10.1186/s40337-023-00846-4>

Claudino, A. M., Pike, K. M., Hay, P., Keeley, J. W., Evans, S. C., Rebello, T. J., Bryant-Waugh, R., Dai, Y., Zhao, M., Matsumoto, C., Cecile, R. H., Mellor-Marsá, B., Anne-Claire Stona, Kogan, C. S., Andrews, H. F., & Monteleone, P. (2019). The classification of feeding and eating disorders in the ICD-11: results of a field study comparing proposed ICD-11 guidelines with existing ICD-10 guidelines. *BMC Medicine*, 17(1).
<https://doi.org/10.1186/s12916-019-1327-4>

Conxa Perpiñá, T., Montoya-Castilla, I. y Valero-Moreno, S. (2012). *Manual de entrevista psicológica. Saber escuchar, saber preguntar*. (1ª ed.). Psicología Pirámide.

Delgado-Domínguez C. J., Sanz-Gómez, S., López-Herradón, A., Díaz, B., Lamas, O., de los Santos, M., Berdud, I., Rincón, A. & Ramos, R. Influence of Depression and Anxiety on Hemodialysis Patients: The Value of Multidisciplinary Care. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18(7), 3544.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18073544>

Díaz, J., Gallego, B. y León, A. (2006). El diagnóstico médico: bases y procedimientos. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 22(1). <https://n9.cl/qti7mv>

Elcovich, H. G., Ansdiloro, L., Cepeda, J., Chiesa, V. S. y Guzmán, L. (2015). Guía para el proceso de evaluación psicológica: una introducción al ámbito clínico educacional, jurídico y laboral. *Mercosur*. <https://www.academica.org/000-015/932>

Enriquez-Estrada, V. M., Vázquez, A. S., Palomo-Piñón, S., García, R. y García, L. (2021). *Terapia cognitivo conductual modalidad breve para pacientes con enfermedad renal*

crónica. Enfoque psicológico de apoyo para la terapia sustitutiva. Literatura Médico Psicológica. <https://lc.cx/zbZXj2>

Estrada, B. D., Delgado, C., Landero, R., y González, M. T. (2015). Propiedades psicométricas del modelo bifactorial del BDI-II (versión española) en muestras mexicanas de población general y estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 14(1), 125-136. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy14-1.ppmmb>

Fernández-Ballesteros, R. (2013). *Evaluación psicológica: Conceptos, métodos y estudio de casos.* (2ª ed.) Ediciones Pirámide.

Galindo, O., Rojas, E., Meneses, A., Aguilar, J. L., Álvarez, M. A. y Alvarado, S. (2015). Propiedades psicométricas del inventario de ansiedad de Beck (Bai) en pacientes con cáncer. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 12(1), 51-58. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n1.489

Godoy, A., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B. y Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Conde*, 31(2), 169-173. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.005>.

González-Terrazas, R. y Campos, A. M. (2021). Activación conductual (programación de actividades) y depresión: Una mirada analítica-conductual. *Acta Comportamentalia: Revista Latina De Análisis Del Comportamiento*, 29(4). <https://lc.cx/xjYSRB>

Guzmán-Carrillo, K. Y., González-Betanzos, F., Rivera-Heredia, M. E., Montes, R., Salazar, M. L. y Aguirre, J. I. (2022). Intervención cognitivo conductual para promover la adhesión al tratamiento médico, recursos psicológicos y calidad de vida en pacientes pediátricos con hemodiálisis en México. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 9(2), 26-31. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2022.09.2.3>

- Herrera, S. N., Luna, D. y Escobar, J. G. (2022). Psicoterapia breve para mitigar los sufrimientos físicos, psíquicos, sociales y espirituales de enfermos renales crónicos. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 11(27), 10-40. <https://doi.org/10.36677/rpsicologia.v11i27.19863>
- Hewitt, N. y Gantiva, C. A. (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 27(1), 165-176. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79911627012>
- Hussein, W. F., Bennett, P. N., Abra, G., Watson, E. & Schiller, B. (2021). Integrating Patient Activation into Dialysis Care. *American Journal Kidney Diseases*, 79(1). 105-112. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2021.07.015>
- Igarashi, N. S., Karam, C. H., Afonso, R. F., Carneiro, F. D., Lacerda, S. S., Santos, B. F., Kozasa, E. H. & Rangel, É. B. (2021). The effects of a short-term meditation-based mindfulness protocol in patients receiving hemodialysis. *Psychology, Health & Medicine*, 27(6), 1286–1295. <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1871769>
- Izquierdo-Torres, D. (2024). Alteraciones renales y electrolíticas en los trastornos de la conducta alimentaria: una revisión sistemática. *South American Reseach Journal*, 3(2), 33–43. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10582515>
- Hidobro, J., Jaramillo, K., Morejón, G. & Cárdenas, E. D. (2024). Conductas de autocuidado en pacientes hemodializados en Ibarra, Ecuador. *Enfermería Cuidándote*, 7. <https://doi.org/10.51326/ec.7.9303972>
- Labrador, F. J. (2014). (1 ed.) Manual de técnicas de modificación de conducta. Ediciones Pirámide.
- Laso, G. J. (2023). *Diagnóstico diferencial en medicina interna*. (5ª ed.). Elseiver España

- Lin, J., Ye, H., Yi, C., Li, J., Yu, X., Zhu, L. Zhang, X., Wu, X., Mao, H. & Yang, X. (2020). The negative impact of depressive symptoms on patient and technique survival in peritoneal dialysis: a prospective cohort study. *International Urology and Nephrology* 52, 2393–2401. <https://doi.org/10.1007/s11255-020-02593-wsh>
- López, A. E., Benítez, X. G., Leon, M. J., Maji, P. J., Dominguez, D. R. y Baez, D. F. (2019). La observación. Primer eslabón del método clínico. *Revista Cubana de Reumatología*, 21(2).
- Loria-Kohen, V., Campos del Portillo, R., Valero, M., Mories, M.T., Castro, M. J., Matía, P. y Gómez. C. (2021). Protocolo de educación nutricional en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en el ámbito clínico y asistencial. *Nutrición Hospitalaria*, 38(4), 857-870. <http://dx.doi.org/10.20960/nh.03617>
- Makri, E., Michopoulos, I. & Gonidakis, F. (2022). Investigation of Loneliness and Social Support in Patients with Eating Disorders: A Case-Control Study. *Psychiatry International*, 3(2), 142-157. <https://doi.org/10.3390/psychiatryint3020012>
- Martínez, O. E. (2012). *El dialogo de la psicoterapia*. (2a ed.). Ediciones SAPS
- Matsunaga, Y., Suzuki, Y., Yamamoto, S., Imamura, K., Yoshikonshi, S. Harada, M., Kutsuna. T. Kamiya, K., Yoshida, A., Ichikura, K., Fakase, Y., Murayama, N., Tagaya, H. & Matsunaga, A. (2023). Interactional effects of depressive symptoms and physical function on daily physical activity in ambulatory patients receiving hemodialysis. *Renal Replacement Therapy*, 9(28). <https://doi.org/10.1186/s41100-023-00485-0>
- Miranda, A. N. y Robayo, V. A. (2024). Abordaje nutricional del paciente con enfermedad renal crónica. Un estudio de revisión bibliográfica. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(6), 3354-3378. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i6.8924

- Miranda, J. J., Vega, J., Mirabal, D., García, D., Trenzado, A. y Bravo, L. (2016). El proceso de diagnóstico: una práctica médica segura. *Revista médica electrónica*, 38 (4), 602-611. <https://lc.cx/kRW2Lj>
- Montalvo-Alonso, J. J., Ferragut, C., Rodríguez-Martín, S., Valadés, D. y Pérez-López, A. (2024). La fluoxetina reduce la fuerza, potencia y resistencia muscular, especialmente cuando se ingiere junto con cafeína: un estudio de caso. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*. <https://doi.org/10.14306/renhyd.28.2.2047>
- Narváez-Huancayo, V. S. (2016). *Fundamentos de la psicología. Manual Autoformativo*. (1ª ed.). Universidad Continental.
- Ordaz-Cruz, M. A. (2022). Third-generation stress reduction interventions for people with chronic diseases: a theoretical review. *Journal of Basic and Applied Psychology Research*, 4(7). <https://doi.org/10.29057/jbapr.v4i7.7734>
- Organización Mundial de la Salud (1994). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10)*. Editorial Médica Panamericana.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Clasificación Internacional de Enfermedades- 10 Revisión. Modificación Clínica*. (2da Ed.) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Pardo, R. y Calero, A. (2019). *El debate en reestructuración cognitiva: análisis de los mecanismos terapéuticos de cambio clínico*. [Tesis de doctorado, Universidad Autónoma de Madrid]. Repositorio UAM. <http://hdl.handle.net/10486/689733>
- Paz, S. y Peña, B. (2021). *Fundamentos de la evaluación psicológica*. (1ª ed.). Universidad Politécnica Salesiana.

- Pérez-Cárdenas, K. (2022). Activación conductual para el tratamiento de la depresión en pacientes oncológicos. *Revista Estudios Psicológicos*, 2(1). <https://doi.org/10.35622/j.rep.2022.01.007>
- Pérez, L. A., Salas, P. E., Lissette, E. A., y López, N. C. (2019). Problemática de la insuficiencia renal: Aspectos Psicológicos. *RECIMUNDO*, 3(2), 1076-1094. [https://doi.org/10.26820/recimundo/3.\(2\).abril.2019.1076-1094](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(2).abril.2019.1076-1094)
- Pillajo, S. J., & Arráiz de Fernández, C. (2023). Ansiedad Y Depresión en Pacientes Con Hemodiálisis Del Hospital General Ambato. *Enfermería Investiga*, 8(1), 36–43. <https://doi.org/10.31243/ei.uta.v8i1.1882.2023>
- Pradós, F., Montoya, K., Bravo, M. A. y Martínez, M. P. (2020). Propiedades psicométricas del inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck Anxiety Inventory) en población general de México. *Ansiedad y estrés*, 26 (2,3) 181-187. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2020.08.002>
- Pretto, C. R., Winkelmann, E. R., Hildebrandt, L. M., Barbosa, D. A., Colet, C. F. & Stumm, E. M. (2020). Quality of life of chronic kidney patients on hemodialysis and related factors. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28. <http://doi.org/10.1590/1518-8345.3641.3327>
- Quiroga, S., y Cryan, G. (2007). Resultados del Inventario EDI-II en Adolescentes Tardías Femeninas con Trastornos de la Alimentación. Comparación de Tratamientos. *Fundamentos en Humanidades*, 7(16), 127-152. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18481608>
- Ramírez-Reyes, D. R. y Tejeda-Díaz, R. (2022). La calidad de vida en pacientes con enfermedad renal. *Revista Científica Arbitrada En Investigaciones De La Salud*, 5(9), 78-93. <https://doi.org/10.46296/gt.v5i9edespab.0065>

- Rodríguez, L. T. y Salgueiro L. L. (2020). Automedicación con psicofármacos en pacientes de consultorios médicos de Pinar del Río. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 24(1), 123-129. <https://lc.cx/4YSXBG>
- Rodríguez, M. A. (2019). *Manual de psicoterapias. Teorías y técnicas*. (1ª ed.). Herder Editorial.
- Rodríguez, T., García, C. M. y Cruz, R. (2005). Técnicas de relajación y autocontrol emocional. *Medisur*, 3(3). 55-70. <https://lc.cx/-ytS7i>
- Saldarriaga, D. G. y Román, I. G. (2021). *Factores que incrementan el peso interdiálisis de pacientes sometidos a hemodiálisis. IEDYT 2018-2019*. [Tesis de Maestría, Universidad Estatal de Milagro]. Repositorio UNEMI. <http://repositorio.unemi.edu.ec/handle/123456789/5749>
- Romano, J. M. (2018). *Comer Despierto*. (1ª ed.) Editorial Paidós SAICF.
- Rozo, M. (2019). *La eficacia de la terapia de aceptación y compromiso en pacientes renales con alteración emocional*. [Tesis de maestría, Fundación Universitaria Konrad Lorenz]. Repositorio Konrad Lorenz. <https://repositorio.konradlorenz.edu.co/handle/001/2239>
- Ruiz, M. A. Díaz, M. I. Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. (1ed.) Desclée de Brouwer, S.A.
- Sadeghi, A. H., Ahmadi, S. A. & Ghodrati-Torbati, A. (2024). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on clinical symptoms and treatment adherence in dialysis patients. *Journal of Education and Health Promotion*, 13(1), 28. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1704_22
- Shevlin, M., Hyland, P., Nolan, E., Owczarek, M., Ben-Ezra, M. and Karatzias, T. (2022), ICD-11 'mixed depressive and anxiety disorder' is clinical rather than sub-clinical and more

- common than anxiety and depression in the general population. *British Journal of Clinical Psychology*, 61(1), 18-36. <https://doi.org/10.1111/bjc.12321>
- Salas, R. S. y Fernández, A. J. (2019). Valoración de las necesidades de atención psicológica en pacientes en hemodiálisis mediante indicadores de ansiedad y depresión. *Enfermería Nefrológica*, 22(2), 177-84. <http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842019000200009>
- Salazar, M., Peralta, R., Pastor, R. J. (2010). *Tratado de psicofarmacología: bases y aplicación clínica*. (2da ed.). Medica Panamericana. <https://lc.cx/IT9DV>
- Sanz, J., Perdigón, A. L. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180617972001>
- Sinha, K. (2022). *Single-Session and Solution-Focused Brief Therapy*. En Altillio, T., Otis-Green, S. & Cagle, J. G. (2nd ed.). *The Oxford Textbook of Palliative Social Work*. (pp. 759-764). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780197537855.003.0084>
- Tan, J., Zheng, W., Xu, C., Qu, X., Wu, J., Jiang, M. & Xu, H. (2023). A Conceptual Protocol for a Single-Session Solution-Focused Brief Therapy for Medication Adherence Intervention Delivered by General Providers. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 16(1). 3651-3660.
- Tena-Hernández, F. J. (2020). Psicoeducación y salud mental. *SANUM: Revista Científico Sanitaria*, 4(3) 36-45. <https://lc.cx/AxYczZ>
- Trueba, V., López, B., López, N., Vatamaniuc, A. S., Manresa, T. y Mazano, L. (2023). Caso clínico. Paciente con un trastorno del comportamiento alimentario. *Revista Sanitaria de Investigación* 4(5). <https://lc.cx/WkdRc8>

- Urzúa A., Castro, S., Lillo, A. y Leal, C. (2009). Evaluación de los trastornos alimentarios: propiedades psicométricas del test edi-2 en adolescentes escolarizados(as) de 13 a 18 años. *Revista Chilena de Nutrición*, 36(4), 1063-1073.
- Valsaraj, B. P., Bhat, S. M., Prabhu, R., & Kamath, A. (2021). Follow-Up Study on the Effect of Cognitive Behaviour Therapy on Haemodialysis Adherence: A randomised controlled trial. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 21(1), 58–65. <https://doi.org/10.18295/squmj.2021.21.01.008>
- Velásquez, E. y Vizcaino, A. E. (2020). La psicoeducación y su alcance para el desarrollo de adultos en el contexto laboral. *Revista Didáctica y Educación*, 11 (6), 107-123. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7809040>
- Vinyoles, E., Vila, J., Argimon, J., Espinás, J., Abos, T. y Limón, E. (2002). Concordancia entre el Mini-Examen Cognoscitivo y el Mini-Mental State Examination en el cribado del déficit cognitivo. *Atención Primaria*, 30(1), 5-15.
- Vizioli, N. y Pagano, A. (2020). Adaptación del Inventario de Ansiedad de Beck en población de Buenos Aires. *Interacciones*, 6(3). <https://dx.doi.org/10.24016/2020.v6n3.171>
- Wijayanti, L., Wardani, E. M., Bistara, D. N., Hasina, S. N. & Noventi, I. (2022). Self-acceptance of patients that received hemodialysis. *Bali Medical Journal* 11(1). 283-287. <https://doi.org/10.15562/bmj.v11i1.3106>
- Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado en los valores.* (1era ed.). Ediciones Pirámide.
- Zegarow, P., Manczak, M., Rysz, J. & Olszewski, R. (2020). The influence of cognitive-behavioral therapy on depression in dialysis patients – meta-analysis. *Archives of Medical Science*, 16(6), 1271-1278. <https://doi.org/10.5114/aoms.2019.88019>

