



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN**  
**PSICOLOGÍA CLÍNICA**  
**PRESENCIAL**



**INFORME FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO  
DE PSICOLOGA CLÍNICA**

**TEMA:**

**ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y LAS MANIFESTACIONES DE  
CUADROS DEPRESIVOS EN LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DE  
HEMODIALISIS CONTIGO, AÑO 2017.**

**AUTORA:**

**JESSICA TATIANA MATUTE RODRIGUEZ**

**TUTOR:**

**MSc. CONSUELO ABRIL VALLEJO**

**LECTOR:**

**MSc. MARIO PROCEL AYALA**

**BABAHOYO - ECUADOR**

**2017**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN**  
**PSICOLOGÍA CLÍNICA**  
**PRESENCIAL**



**DEDICATORIA**

Este logro académico lo dedico:

A Dios por ser el inspirador y creador de la vida.

A mi Madre Olga, por el apoyo incondicional durante los años de estudio.

Y a todas las personas que me han incentivado académicamente.

Jessica Tatiana Matute Rodríguez.





**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN**  
**PSICOLOGÍA CLÍNICA**  
**PRESENCIAL**



## **AGRADECIMIENTO**

Mis sinceros agradecimientos a la Universidad de Babahoyo Extensión  
Quevedo por la oportunidad de recibirme en la institución como estudiante.

Agradezco a todos los Docentes de la Extensión por las enseñanzas  
académicas recibidas en los años de estudio.

Con nostalgia a mis compañeros de Psicología Clínica porque durante  
cinco años compartimos un tiempo de calidad y calidez humana en el logro de  
nuestro sueño culminar la carrera.

Jessica Tatiana Matute Rodríguez.





**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN**  
**PSICOLOGÍA CLÍNICA**  
**PRESENCIAL**




**AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL**

Yo, **Jessica Tatiana Matute Rodríguez**, portadora de la cédula de ciudadanía **120506296-9**, en calidad de autor (a) del Informe Final del Proyecto de Investigación, previo a la Obtención del Título de Psicóloga Clínica, declaro que soy autor (a) del presente trabajo de investigación, el mismo que es original, auténtico y personal, con el tema:

**ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y LAS MANIFESTACIONES DE CUADROS DEPRESIVOS EN LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DE HEMODIALISIS CONTIGO, AÑO 2017.**

Por la presente autorizo a la Universidad Técnica de Babahoyo, hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen.

  
**JESSICA TATIANA MATUTE RODRIGUEZ**  
**C.I 120506296-9**

Msc. Consuelo Abril Vallejo  
DOCENTE DE LA FCISEL





**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN**  
**PSICOLOGÍA CLÍNICA**  
**PRESENCIAL**



**CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL TUTOR DEL  
INFORME FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN  
PREVIA A LA SUSTENCIÓN.**

**Babahoyo, 7, 11, 2017.**

En mi calidad de Tutor del Informe Final del Proyecto de Investigación, designado por el H. Consejo Directivo de esta facultad en sesión ordinaria celebrado el 14 de julio del 2017 con oficio **FAC.C.J.S.E.- SO-006 - RES-002-2017**, certifico que el Sr. (a) (ta) **MATUTE RODRIGUEZ JESSICA TATIANA**, ha desarrollado el Informe Final del Proyecto titulado:

**ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y LAS MANIFESTACIONES DE CUADROS DEPRESIVOS EN LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DE HEMODIALISIS CONTIGO, AÑO 2017.**

Aplicando las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica, por lo que autorizo al egresado, reproduzca el documento definitivo del Informe Final del Proyecto de Investigación y lo entregue a la coordinación de la carrera de la Facultad de Ciencias Jurídicas, Sociales y de la Educación y se proceda a conformar el Tribunal de sustentación designado para la defensa del mismo.

---

**Msc. Consuelo Abril Vallejo**  
**DOCENTE DE LA FCJSE.**





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN  
PSICOLOGÍA CLÍNICA  
PRESENCIAL



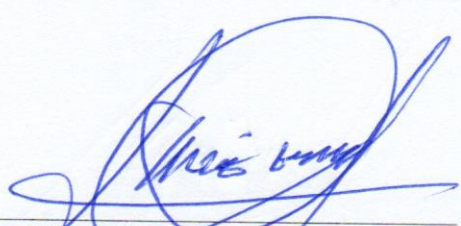
**CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL LECTOR DEL  
INFORME FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN  
PREVIA A LA SUSTENCIÓN.**

Babahoyo, 13, 11, 2017.

En mi calidad de Lector del Informe Final del Proyecto de Investigación, designado por el H. Consejo Directivo de esta facultad en sesión ordinaria celebrado el 14 de julio del 2017 con oficio **FAC.C.J.S.E.- SO-006 - RES-002-2017**, certifico que el Sr. (a) (ta) **MATUTE RODRIGUEZ JESSICA TATIANA**, ha desarrollado el Informe Final del Proyecto de Investigación cumpliendo con la redacción gramatical, formatos, Normas APA y demás disposiciones establecidas:

**ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y LAS MANIFESTACIONES DE CUADROS DEPRESIVOS EN LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DE HEMODIALISIS CONTIGO, AÑO 2017.**

Por lo que autorizo al egresado, reproduzca el documento definitivo del Informe Final del Proyecto de Investigación y lo entregue a la coordinación de la carrera de la Facultad de Ciencias Jurídicas, Sociales y de la Educación y se proceda a conformar el Tribunal de sustentación designado para la defensa del mismo.

  
\_\_\_\_\_  
**Msc. Mario Procel Ayala**  
**DOCENTE DE LA FCJSE.**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN**  
**PSICOLOGÍA CLÍNICA**  
**PRESENCIAL**



## **RESUMEN**

Es de importancia referenciar que actualmente el incremento de ciudadanos con diabetes e hipertensión arterial mantiene en alerta a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), debido a que estas afecciones sumadas al envejecimiento y el sobrepeso son las causantes de la enfermedad renal crónica (ERC).

Este trabajo es parte de la investigación llevada a cabo en pacientes con enfermedad renal crónica en la clínica Contigo de la ciudad de Quevedo y su objetivo fue de analizar las manifestaciones de cuadros depresivos. Se evidencio la necesidad de explorar y describir aspectos como mejorar la calidad de vida de los pacientes con la implementación del plan de afrontamiento de terapias grupales.

La población fue tomada de un turno de la mañana de la clínica Contigo, donde se administró una entrevista semiestructurada que indaga variables sociodemográficas y psicológicas demostrando la percepción de los encuestados frente a la enfermedad demostrando con la aplicación de la batería de preguntas síntomas de manifestaciones de ansiedad y depresión.

**Palabras claves:** Enfermedad renal crónica, calidad de vida, pacientes.





**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN**  
**PSICOLOGÍA CLÍNICA**  
**PRESENCIAL**



**RESULTADO DEL INFORME FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

EL TRIBUNAL EXAMINADOR DEL PRESENTE INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, TITULADO: **ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y LAS MANIFESTACIONES DE CUADROS DEPRESIVOS EN LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DE HEMODIALISIS CONTIGO, AÑO 2017.**

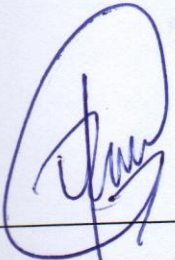
**PRESENTADO POR LA SRTA: MATUTE RODRIGUEZ JESSICA TATIANA**

**OTORGA LA CALIFICACIÓN DE:**


(10) Diez



**EQUIVALENTE A:**

**TRIBUNAL:**

  
\_\_\_\_\_  
**MBA. MAXIMO TUBAY MOREIRA**  
**DELEGADO DEL DECANO**

  
\_\_\_\_\_  
**MSC. HECTOR PLAZA ALBAN**  
**DELEGADO DEL COORDINADOR DE LA CARRERA**

  
\_\_\_\_\_  
**MBA. WILSON BRIONES CAICEDO**  
**DELEGADO DEL CIDE**

  
  
\_\_\_\_\_  
**Ab. ISELA BERRUZ MOSQUERA**  
**SECRETARIA (e) FAC.CC.JJ.SS.EE.**





## INDICE GENERAL

# UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN

PSICOLOGÍA CLÍNICA

PRESENCIAL



### INFORME FINAL DEL SISTEMA DE URKUND

En mi calidad de Tutor del Informe Final de Investigación de la Sra. **Jessica Tatiana Matute Rodríguez**, cuyo tema es: **ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y LAS MANIFESTACIONES DE CUADROS DEPRESIVOS EN LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DE HEMODIALISIS CONTIGO, AÑO 2017**, certifico que este trabajo investigativo fue analizado por el Sistema Antiplagio Urkund, obteniendo como porcentaje de similitud de **9%**, resultados que evidenciaron las fuentes principales y secundarias que se deben considerar para ser citadas y referenciadas de acuerdo a las normas de redacción adoptadas por la institución.

Considerando que, en el Informe Final el porcentaje máximo permitido es el 10% de similitud, queda aprobado para su publicación.

URKUND

Documento	INFORME FINAL-JESSICA MATUTE RODRIGUEZ.docx (D32477142)
Presentado	2017-11-15 09:03 (-05:00)
Presentado por	jetamaro7@gmail.com
Recibido	mtubay.utb@analysis.orkund.com
Mensaje	INFORME FINAL DEL PROYECTO DE GRADO-JESSICA TATIANA MATUTE RODRIGUEZ <a href="#">Mostrar el mensaje completo</a>

9% de estas 29 páginas, se componen de texto presente en 10 fuentes.

Por lo que se adjunta una captura de pantalla donde se muestra el resultado del porcentaje indicado.

**Msc. Consuelo Abril Vallejo**  
**DOCENTE DE LA FCJSE.**

# ÍNDICE GENERAL

PORTADA.....	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO .....	iii
AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL .....	iv
CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL TUTOR DEL INFORME FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIA A LA SUSTENCIÓN. ....	v
CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL LECTOR DEL INFORME FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIA A LA SUSTENCION. ....	vi
RESUMEN.....	vii
RESULTADO DEL INFORME FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ....	viii
INFORME FINAL DEL SISTEMA DE URKUND.....	ix
ÍNDICE DE TABLAS .....	xiii
ÍNDICE DE FIGURAS .....	xiv
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I. DEL PROBLEMA .....	2
1.1. IDEA O TEMA DE INVESTIGACIÓN.....	2
1.2. MARCO CONTEXTUAL.....	2
1.2.1. Contexto Internacional .....	2
1.2.2. Contexto Nacional.....	3
1.2.3. Contexto Local.....	3
1.2.4. Contexto Institucional .....	4
1.3. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA .....	5
1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
1.4.1. Problema General .....	6
1.4.2. Subproblemas o derivados.....	6
1.5. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN .....	6
1.6. JUSTIFICACIÓN.....	7
1.7. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	7
1.7.1. Objetivo General.....	7
1.7.2. Objetivos Específicos .....	7
2.1. MARCO TEÓRICO.....	8
2.1.1. Marco conceptual.....	8



2.1.2 MARCO REFERENCIAL SOBRE LA PROBLEMÁTICA DE INVESTIGACIÓN .....	13
2.2.3. La depresión .....	23
2.2.4. Terapia cognitiva-conductual .....	28
2.2.5. Técnicas Cognitivas .....	30
2.2.6. Instrumento de evaluación de la depresión.....	31
2.3. Postura teórica .....	33
2.4. HIPÓTESIS.....	34
2.4.1. Hipótesis general .....	34
2.4.2. Subhipótesis o derivadas .....	34
2.4.3. Variables.....	35
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN. ....	35
3.1. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN.....	35
3.1.1. MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN.....	35
3.1.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN. ....	35
3.1.3. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	36
3.1.4. POBLACIÓN Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN. ....	37
3.1.5. Resultados de la encuesta realizada a los pacientes de la clínica de hemodiálisis Contigo. ....	37
Preguntas dirigidas a los 65 pacientes: .....	37
3.2. Conclusiones específica y general.....	55
3.2.1. Específicas.....	55
3.2.2. General .....	55
3.3. Recomendaciones específica y general.....	56
3.3.1. Específicas.....	56
3.3.2. General .....	56
CAPÍTULO IV. PROPUESTA TEÓRICA DE APLICACIÓN. ....	57
4.1. PROPUESTA DE APLICACIÓN DE RESULTADOS.....	57
4.1.1. Alternativa obtenida .....	57
4.1.2. Alcance de la alternativa.....	57
4.1.3. Aspectos básicos de la alternativa .....	57
4.2. Objetivos.....	58
4.2.1. General.....	58
4.2.2. Específicos .....	59
4.3. Estructura general de la propuesta.....	59
4.3.1. Título:.....	59

4.3.2. Componentes:.....	59
PLAN DE AFRONTAMIENTO PARA MEJORAR EL PROCESO DE VIVIR EN DIALISIS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL DE LA CLINICA CONTIGO QUEVEDO. ....	60
4.4. Resultados esperados de la alternativa .....	86
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA .....	87
ANEXOS .....	



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Satisfacción con la vida .....	37
Tabla 2: Actividades .....	38
Tabla 3: Estado de animo minusvalía .....	39
Tabla 4: Estado de animo irritable .....	40
Tabla 5: Tiene insomnio.....	41
Tabla 6: Tiene insomnio.....	42
Tabla 7: Satisfacción con la vida .....	43
Tabla 8: Sentimiento de abandono .....	44
Tabla 9: Satisfacción con la vida .....	45
Tabla 10: Problemas de la memoria.....	46
Tabla 11: Satisfacción con la vida .....	47
Tabla 12: Ansiedad,inutilidad .....	48
Tabla 13: Cuadros depresivos .....	50
Tabla 14: Por edades .....	51
Tabla 15: Por sexo.....	52
Tabla 16: Estado civil.....	53
Tabla 17: Activos laboralmente .....	54

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.....	39
Figura 2.....	40
Figura 3.....	41
Figura 4.....	42
Figura 5.....	43
Figura 6.....	44
Figura 7.....	45
Figura 8.....	46
Figura 9.....	47
Figura 10.....	48
Figura 11.....	49
Figura 12.....	50
Figura 13.....	51
Figura 14.....	52
Figura 15.....	53
Figura 16.....	54
Figura 17.....	55



## INTRODUCCIÓN

Según estimaciones hechas por la Organización Mundial de la Salud en el año 2002 mostraron que 154 millones de personas en el mundo sufren alteraciones del estado de ánimo o afectivas y la carga que representa esta enfermedad está aumentando. Se estima que para el año 2020, ocuparán el segundo lugar en la carga global de enfermedades.

Siendo la situación actual en la Clínica Contigo en el área de nefrología donde un total de 65 pacientes en una de las salas son atendidos en tratamientos de hemodiálisis. Donde el Paciente que ingresa al programa de diálisis debe someterse a todo el proceso dialítico para prolongar la salud, dejando en poca importancia la salud emocional por parte del mismo paciente como consecuencias de la resistencia al aceptar la enfermedad y los cambios de estilos de vida, resultando en frustraciones emocionales por la carencia de salud, factores que conllevan a estados iniciales de ansiedad y prolongado los síntomas a un estado depresivo.

Razones que permiten explicar con minuciosidad el desarrollo esquemático del trabajo para un mayor enfoque teórico y metodológico; donde el Capítulo I contiene: La situación problemática, planteamiento del problema, justificación, objetivos generales y específicos. Así con la secuencia en el Capítulo II: El marco conceptual, marco referencial, postura teórica, hipótesis general y específica.

En el Capítulo III: Se planteó la metodología del desarrollo de la investigación en todas las etapas desde la modalidad, tipos, métodos, población, muestra; así también la descripción de la recolección de información, resultados de la prueba estadística, conclusiones y recomendaciones generales y específicas. En el Capítulo IV: Se incluyó la información de propuesta de aplicación de resultados, alternativa obtenida, alcance, antecedentes, justificación, objetivos generales y específicos.

Concluyendo con el material referencial de los autores citados, adjuntando los anexos importantes que complementan la investigación del informe final.

# **CAPÍTULO I. DEL PROBLEMA**

## **1.1. IDEA O TEMA DE INVESTIGACIÓN**

Enfermedad renal crónica y las manifestaciones de cuadros depresivos en los pacientes de la clínica de hemodiálisis Contigo, año 2017.

## **1.2. MARCO CONTEXTUAL**

### **1.2.1. Contexto Internacional**

Es de importancia referenciar que actualmente el incremento de ciudadanos con diabetes e hipertensión arterial mantiene en alerta a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), debido a que estas afecciones sumadas al envejecimiento y el sobrepeso son las causantes de la enfermedad renal crónica (ERC), los pacientes deben someterse a tratamientos sustitativos. El tratamiento con diálisis conlleva cambios de vida a nivel físico, psicológico y social tanto para el paciente como para el familiar o cuidador.

Esta patología afecta a una de cada tres personas en la población universal tiene un mayor riesgo de enfermedad renal crónica (ERC) y aunque se calcula que un 10% de las personas en todo el mundo tienen ERC, las estimaciones sugieren que nueve de cada 10 personas no son conscientes de su patología. A nivel mundial, se estima que un millón de personas mueren cada año por insuficiencia renal no detectada.

Entre los países de altos ingresos, Arabia Saudita y Bélgica tienen la mayor prevalencia estimada de ERC (24%), seguida por Polonia (18%), Alemania (17%) y Reino Unido y Singapur (16% cada uno), Estados Unidos(14%), Canadá y Australia (13% ambos). Por el contrario, son Noruega y los Países Bajos los que presentan las estimaciones más bajas con un 5% ambas naciones. A nivel mundial, la prevalencia estimada de ERC en todo el mundo varía del 7% en Asia meridional y 8% en África hasta un 11% en América del Norte y 12% en Europa, Oriente Medio y Asia oriental y América Latina.

Con respecto al panorama en salud mental la OMS menciona que más de 300 millones

de personas a nivel mundial viven con depresión un incremento más del 18% entre el 2005 y 2015; además se estima que en el 2015, 50 millones de personas en la Región de las Américas viven con depresión alrededor del 5% de la población, indicando que la depresión afecta a todos, no discrimina edad, raza o historia personal. (Oms, 2017)

### **1.2.2. Contexto Nacional**

Es necesario referenciar que actualmente el incremento de ciudadanos con diabetes, hipertensión arterial, el envejecimiento, sobrepeso son las causantes de la enfermedad renal crónica (ERC). En el Ecuador, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT-ECU 2012-2014), el sobrepeso y la obesidad afectan a todos los grupos de edad, alcanzando niveles altos causando el incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles, a ello se agregan la reducción de la actividad física, así como el incremento del consumo de alimentos procesados.

Se considera que el Ecuador tiene 16.278.844 habitantes y las estadísticas hasta el 2014 se contabilizó 6611 personas con insuficiencia renal crónica y para el 2015 se estimó un total de 11.460 personas con insuficiencia renal. (Ensanut-Ecu 2012 -2015)

Con respecto a la depresión en el Ecuador las estadísticas encontradas a partir del 2015 se menciona que el 64% de personas detectadas por depresión fueron mujeres y un total de 2088 personas de edades entre los 19 hasta 59 años fueron atendidas por enfermedad depresiva una prevalencia de 1339 mujeres y 749 hombres en los centros de salud pública del país. (Inec, 2017)

### **1.2.3. Contexto Local**

Actualmente en los hospitales públicos como en los centros privados de Nefrología se brinda una atención integral al paciente con hemodiálisis, medicamentos, exámenes, ayuda psicológica, transporte, entre otros insumos, todos incluidos en un paquete de tratamiento con la única finalidad de alcanzar una cobertura total.

Previó al desarrollo del proyecto de investigación, se consideró la información al tema en bibliotecas, repositorios virtuales de universidades, páginas de internet académicas,

profesionales de la rama de psicología clínica en la búsqueda de las mejores referencias que aporten a la investigación la misma que se mencionan a continuación:

Los autores Ivan Andres Monsalve, Stephanie Morales Crespo, Andrea Velez Lara de la Universidad de Cuenca de la Facultad de ciencias médicas, escuela de medicina plantearon el tema de investigación Prevalencia de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a tratamiento de hemodiálisis en la Unidad de Servicios Renales del Austro Cia.Ltda, Cuenca Ecuador 2011; donde el objetivo propuesto por los autores fue el determinar la prevalencia de depresión, utilizando los materiales y métodos bajo el orden de un estudio cuantitativo descriptivo transversal; en base al Test de depresión de Beck con un universo total de 144 pacientes.

Concluyendo también que los grados de depresión fueron: leve en 11.8% y moderada: 4.2%; y la ocupación, funcionalidad familiar se relaciona con la depresión en esta población. La autora menciona que en referencia al estudio citado los autores; universidad de Cuenca, Monsalve et.al, (2011), el área de la salud emocional debe ser también de interés en el tratamiento de los pacientes con (IRC), debido que el hombre observado desde el punto de vista psicológico es considerado el espíritu individual, con un alma o conciencia y un cuerpo físico activo preparado para cumplir el rol del ser humano integral al logro de sus metas.

#### **1.2.4. Contexto Institucional**

La Clínica de diálisis Contigo Dialicon S.A. fue creada en enero del 2010 en las instalaciones del Club de Leones, el Club se fusionó con el grupo Contigo Dialicon S.A. en la ciudad de Quevedo con Ruc. 1791954947001 constituyéndose como una sociedad anónima, nombrando como Director médico al Dr. Miguel Hernández (nefrólogo), el Ing. Samuel Fernández como Gerente Administrativo y la contratación de seis médicos tratantes, un médico internista, el equipo multidisciplinario de profesionales.

Actualmente el activo fijo de La Clínica de diálisis Contigo Dialicon S.A. es el siguiente: 56 máquinas de última generación Fresenius 4008B existen tres turnos de los días Lunes, miércoles, viernes y martes, jueves, sábados; la clínica cuenta con 3



salas de diálisis; la sala 1 tiene 18 máquinas y 3 máquinas de backup, la sala 2 tiene 18 máquinas y 3 máquinas backup, la sala 3 tiene 12 máquinas y 2 máquinas de backup.

Las estadísticas de la clínica de diálisis “Contigo” en el 2015 el número de pacientes fueron 310 en los dos turnos y se atendieron 43747 tratamientos; para el 2016 fue un total de 256 pacientes en los dos turnos y 49042 tratamientos indicando que los tratamientos atendidos son de los convenios MSP Y IESS. (Clínica contigo, 2016)

### **1.3. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

Un gran número de pacientes sufren de depresión al inicio de la diálisis o después de algunos meses de tratamiento. Debido a la terapia de sustitución renal que tiene como finalidad suplir parcialmente la función de los riñones tratamiento que ofrece la Clínica de Hemodiálisis Contigo durante un periodo de cuatro años en la ciudad de Quevedo.

Siendo la situación actual en la Clínica Contigo en el área de nefrología donde un total de 65 pacientes tomado como muestra en una de las salas y en el turno de la mañana son atendidos en tratamientos de hemodiálisis. Donde se constató a través de la observación en el lugar de los hechos el proceso del tratamiento y la fragilidad emocional de los pacientes con mayor tiempo en diálisis; a su vez la desesperanza de aquellos que recién por primera vez inician el tratamiento.

Es en estas circunstancias se recurrió a la técnica de observación para evaluar la realidad inicial del trabajo de investigación, siendo de mucha importancia a su vez la utilización de las herramientas psicológicas como la empatía, rapport, muchas veces el silencio y entender que el paciente pasa por etapas de aislamiento, cólera, protesta en muchos de los casos reprimiendo sus emociones para no sentirse invalidado por su estado de salud.

De acuerdo con la teoría cognitiva en psicología se manifiesta que los efectos y la conducta que tiene un individuo, están en gran medida determinados por el modo en que estructura el mundo. “Esto quiere decir que los pensamientos son fortalecidos por aquellas actitudes que se han aprendido a lo largo de las experiencias previas que ha tenido el paciente”. (Beck, 2012)

## **1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.4.1. Problema General**

¿De qué manera la enfermedad renal crónica incide en las manifestaciones de cuadros depresivos en los pacientes de la Clínica de Hemodiálisis Contigo, año 2017?

### **1.4.2. Subproblemas o derivados**

- a. ¿Cuáles son los efectos psicológicos en la aceptación de la enfermedad renal crónica?
- b. ¿Cómo identificar las manifestaciones depresivas en los pacientes con enfermedad renal crónica de la clínica Contigo?
- c. ¿Cómo mejorar el proceso de vivir en diálisis utilizando terapias de grupo?

## **1.5. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

Este proyecto de investigación se encuentra delimitado de la siguiente manera:

**Delimitación espacial:** Clínica de Hemodiálisis Contigo de la ciudad de Quevedo.

**Área:** Psicología Clínica.

**Campo:** Salud mental.

**Línea de investigación de la Universidad:** Educación y desarrollo social.

**Línea de investigación de la Facultad:** Talento humano, educación y docencia.

**Línea de investigación de la Carrera:** Promoción y Diagnostico

**Sub-línea de investigación:** Trastornos del comportamiento y su impacto en el proceso de enseñanza.

**Delimitados temporal:** De julio a octubre del año 2017.

**Delimitados demográficos:** Pacientes con enfermedad renal.

## **1.6. JUSTIFICACIÓN**

La mayoría de las personas con problemas renales, al inicio o después de algunos meses de tratamiento pasan por síntomas depresivos debido a las dificultades de los efectos propios de la enfermedad renal, el cambio en el estilo de vida por la enfermedad y las diálisis semanales que deben realizarse, conlleva a otra enfermedad silenciosa llamada depresión la misma que puede confundirse con los síntomas de la enfermedad renal.

La presente investigación tiene como finalidad beneficiar a los pacientes de la clínica contigo para que puedan lograr una mejor calidad de vida y más tolerable su enfermedad al colaborar con el área de psicología de la clínica con información que ayude a la oportuna atención de las manifestaciones depresivas a través del proceso de vivir en diálisis con la utilización de terapias grupales.

Al igual el beneficio para los estudiantes de Psicología Clínica será una oportunidad para que se les permita aplicar sus conocimientos y de esta forma crear verdaderos profesionales en el área.

Indicando que los principales beneficiarios serán los pacientes de la clínica de diálisis Contigo, los estudiantes de psicología, y docentes de la universidad, así como familiares de los pacientes y la comunidad en general.

## **1.7. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.7.1. Objetivo General**

Analizar la incidencia de la enfermedad renal crónica en las manifestaciones de cuadros depresivos en los pacientes de la Clínica de Hemodiálisis Contigo, año 2017.

### **1.7.2. Objetivos Específicos**

1. Establecer las etapas psicológicas en la aceptación de la enfermedad renal crónica.

2. Identificar las manifestaciones depresivas en los pacientes con enfermedad renal crónica de la Clínica Contigo.
3. Elaborar un plan de afrontamiento para mejorar el proceso de vivir en diálisis utilizando terapias de grupo.

## **CAPÍTULO II. MARCO TEORICO O REFERENCIAL**

### **2.1. MARCO TEÓRICO**

#### **2.1.1. Marco conceptual**

La enfermedad renal crónica y su incidencia en las manifestaciones de cuadros depresivos en los pacientes de la Clínica de Hemodiálisis Contigo, año 2017.

#### **Definición de la enfermedad renal crónica (ERC).**

Se define como la pérdida progresiva, generalmente irreversible, de la tasa de filtración glomerular. “ Esto significa, que es un conjunto de síntomas y signos denominado uremia, siendo una enfermedad orgánica, la misma que para prolongar los años de vida del enfermo necesitará de tratamiento de hemodiálisis o trasplante de riñón ” (Niddk, 2012)

#### **Problemas a presentarse durante la hemodiálisis periódica.**

Niddk (2012), Durante las primeras semanas de la hemodiálisis se usa una máquina para circular la sangre a través de un filtro localizado fuera del cuerpo muchas personas encuentran que los cambios repentinos en el equilibrio de agua y minerales del cuerpo pueden causar problemas. Los calambres musculares y la hipotensión una caída repentina en la presión arterial son dos efectos secundarios comunes. La hipotensión puede causar debilidad, mareo o malestar estomacal.

Muchas personas tardan algunos meses en ajustarse a la hemodiálisis. Los efectos secundarios por lo general pueden tratarse rápida y eficazmente, por lo que las personas en diálisis siempre deben decirle al proveedor de atención médica o al



personal de diálisis si tienen algún problema.

Muchos de los efectos secundarios de la hemodiálisis se pueden evitar si se sigue una dieta ajustada a la medida de cada paciente en hemodiálisis, limitando la ingesta de líquidos y tomando los medicamentos según las instrucciones médicas.

### **Estado de ánimo del Enfermo Renal.**

A menudo la afectividad se encuentra bloqueada. Son personas con un desarrollo emocional lábil, egocéntrico que reprimen sus emociones y sus manifestaciones. “En conclusión, el paciente pasa por etapas de aislamiento, cólera, protesta en muchos de los casos reprimiendo sus emociones para no sentirse invalidado por su estado de salud” (Perez, 2014)

#### **Fase aguda de 2 a 6 meses.**

Perez (2014), Predominan síntomas eufóricos de bienestar y optimismo, pues la máquina le soluciona muchos trastornos físicos. En un primer momento aumenta la angustia ante el miedo, duelo a la muerte, futuro y dependencia a la máquina.

Cambios psicológicos: se niega la existencia del diagnóstico, se presentan mecanismos de defensa negación, cambio en el estado de ánimo (tristeza, llanto) ansiedad (miedo); en la vida social (aislamiento, irritabilidad) y lo conductual ingesta de alimentos y bebidas prohibidos en la dieta.

#### **Fase intermedia de 3 a 12 meses.**

Perez (2014), Se presenta a los 3-12 meses, después de la anterior. En ella es frecuente el desencanto, desesperación y tristeza.

Cambios psicológicos: Puede variar no todos los casos es igual, se observa mayor conciencia de los cambios que se debe hacer en todos los ámbitos de la vida, va depender de la edad, rol que desempeñaba en la familia, el estado civil, situación económica, lo que genera cambios importantes de la percepción respecto de todas las

áreas; la valoración negativa de sí mismo puede obstaculizar más de lo que la enfermedad le impone.

### **Fase de adaptación.**

Perez (2014), Es una fase de adaptación paulatina a las múltiples pérdidas que experimenta y por tanto de larga duración. Comienzan a aceptarse las limitaciones debidas a la enfermedad y a la dependencia de la máquina de diálisis.

Cambios psicológicos: Presenta cambios en el estado de ánimo, afectando en su salud, tratamiento y evolución de la enfermedad provocando un fuerte desequilibrio emocional que le demandara reestructurar nuevos valores en su sistema de creencias. Aparecen muchas variaciones en el estado de ánimo y en la elaboración de duelos más o menos patológicos.

### **Manifestaciones psicológicas del enfermo renal**

El enfermo renal a medida que acumula experiencias relacionadas con la enfermedad, va adquiriendo habilidades que favorecen la adaptación a los cambios en el estado de salud o en los tratamientos. Otros, en cambio no llegan a una fase de adaptación, sino que van desarrollando y manteniendo problemas psicológicos en algunos casos tan crónicos como la propia insuficiencia renal.

El síntoma más relevante es el dolor que aparece de manera crónica el cual implica miedo a sentirlo, conllevando a evitar actividades potencialmente productoras de dolor que con el pasar el tiempo y mecanismos operante, implica a limitaciones y reducción de actividades físicas que se ve con frecuencia en los pacientes y la presencia de un conjunto de problemas como exceso de reposo, trastorno del sueño, alteraciones del estado de ánimo, reducción en el nivel de actividad funcional, deterioro de las habilidades sociales y predominio de repertorios comunicativos relacionados, lo que afecta todas las dimensiones de la calidad de vida del paciente. (Ramírez, 2003)

“En referencia al párrafo anterior, el aporte del autor permite entender los síntomas que se presentan en los pacientes con enfermedad renal y las limitaciones que conlleva

hacerle frente a la enfermedad, la adaptación al proceso del tratamiento hasta la reorganización del pensamiento.”

## **Depresión**

Se distingue la depresión como un estado de tristeza excesiva, la persona que se encuentra deprimido está cansado y no tiene ganas de hacer nada, este sentimiento de inutilidad, viene acompañado por otro sentimiento de culpa donde el pensamiento de suicidio viene a considerarse como una solución apropiada. La sintomatología del depresivo es variada. Donde se agrupan en tres síntomas fundamentales: tristeza, manía, ideas delirantes.

Indicando que la tristeza del depresivo no es una tristeza normal que experimenta cualquier sujeto ante un acontecimiento negativo; debido que la tristeza del depresivo es sin causa, considerada endógena. En algunas situaciones el paciente relata por lo que se encuentra en dicha situación justificada por la tristeza sentida, esto se conoce como depresión reactiva.

Durante la infancia no son frecuentes las depresiones, pero si se dan casos aislados el niño podrá mostrarse pasivo, triste, enlentecimiento en sus funciones psicológicas; durante la adolescencia la depresión suele adquirir el tono de la melancolía. Por la edad adulta, la mayoría de las depresiones comienza bordando la de edad de los 40 0 50 años. (Ramírez, 2003)

“En conclusión, la depresión es alteración psiquiátrica común en los pacientes con enfermedad renal crónica, donde la psicoterapia es una buena alternativa de tratamiento y en los casos más graves es necesario el uso de psicofármacos pero es necesario analizar los potenciales efectos secundarios y las interacciones con otras drogas que toma un paciente renal.”

## **Modelo Biológico de la depresión**

Se basa en los componentes genéticos y bioquímicos, en el origen genético Según, Silva, (2012) manifiesta que en estudios familiares recientes se ha encontrado que los familiares de primer grado, es decir padres, hijos, hermanos de sujetos con

trastorno depresivo mayor, tiene alrededor de tres veces de probabilidades de enfermar de depresión.

En el estudio bioquímico de la depresión, en sus comienzos se basó en el déficit de las sustancias neurotransmisoras. “Esto significa en los niveles de serotonina, noradrenalina, dopamina que se transmiten durante la sinapsis de las neuronas en el sistema nervioso humano, Las emociones, cambio en el estado de ánimo, pensamientos, percepciones, y comportamientos involucran la actividad de las neuronas en el cerebro están organizan redes neuronales transmitiendo información de una neurona a otra, llamado proceso sináptico liberando los neurotransmisores como la dopamina, serotonina, noradrenalida en niveles adecuados permitiendo a la persona sana un estado normal en su salud psicológica, a diferencia de bajos niveles de proceso sináptico, ausencia de salud mental y probabilidades de cuadros depresivos. ” (Silva, 2012)

### **Modelo Cognitivo de la depresión**

La etiopatogenia depresiva de un individuo a partir de su idea errónea de la realidad. “Esto significa que la causa de la depresión se debe al pensamiento negativo de cómo observa su propia vida el individuo. Mencionando que la depresión no es igual en todos los casos existen diferentes intensidades de cuadros depresivos. ” (Beck, 2012)

La teoría cognitiva considera que hay cuatro elementos cognitivos clave: la triada cognitiva, formada por una visión negativa sobre uno mismo, el mundo y el futuro; los pensamientos automáticos negativos; errores en la percepción y en el procesamiento de información; y disfunción en los esquemas.

(Beck, 2012) La triada cognitiva se refiere al contenido cognitivo de un sujeto deprimido acerca de si mismo, su mundo y su futuro es disfuncional y negativo. “Esto significa que el paciente depresivo se ve a sí mismo como indigno, incapaz e indeseable, el mundo lo ve negro lleno de obstáculos y de problemas sin solución y el futuro lo observa como un túnel negro sin esperanza”

(Beck, 2012) Los pensamientos automáticos negativos son aquellas cogniciones negativas que desencadenan la activación emocional característica del paciente depresivo. “En referencia al autor, el paciente no se da cuenta del mismo o de su proceso de interpretación, repetitivos, involuntarios e incontrolables, siendo entre un 60 a 80% los pensamientos automáticos negativos, en personas con problemas depresivos estos pensamientos ya no son irrelevantes, sino que predominan en su conocimiento consciente.”

### **Modelo Conductual del Trastorno depresivo.**

La aplicación del análisis funcional al estudio del comportamiento depresivo, en la medición objetiva de la conducta, a la medición de su frecuencia, y a la explicación de la misma, llegando a la conclusión que el comportamiento depresivo se debe al exceso de conductas de evitación ante la estimulación adversa, junto con un exceso de conductas irracionales y un déficit de conductas activas, reforzadas positivamente o negativamente, Saldaña (2001) afirma:

Concluyendo que el estado general de inhibición por el que atraviesan las personas deprimidas es un aspecto subjetivo, los reforzadores externos como el trato poco amable, los títulos o apodos, la falta de habilidades sociales del individuo, y la falta de asertividad son desencadenantes de la sintomatología depresiva, lo que determina a un aprendizaje de nuevos comportamientos sociales adaptativos que ayuden a liberar la tensión que le produce al individuo al sentirse fuera de lugar en la sociedad.

Para la persona depresiva levantarse de la cama en la mañana o asearse se convierte en tareas casi imposibles de ejecutar, en algunos casos se abandonan las actividades como el estudio o el trabajo, así como tomar decisiones cotidianas puede resultar en algo desagradable.

## **2.1.2 MARCO REFERENCIAL SOBRE LA PROBLEMÁTICA DE INVESTIGACIÓN**

### **2.1.2.1. Antecedentes investigativos**

Ecuador tiene 16.278.844 habitantes y las estadísticas hasta el 2014 se



contabilizo 6611 personas con insuficiencia renal crónica y para el 2015 se estimó un total de 11.460 personas con insuficiencia renal. Tomado en referencias las estadísticas nacionales y la recopilación del trabajo de los autores Ivan Andres Monsalve, Stephanie Morales Crespo, Andrea Velez Lara de la Universidad de Cuenca plantearon el tema Prevalencia de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a tratamiento de hemodiálisis en la Unidad de Servicios Renales del Austro Cia.Ltda, Cuenca Ecuador 2011; con un universo total de 144 pacientes.

El estudio estableció que los grados de depresión fueron: leve en 11.8% y moderada: 4.2%; determinando que la falta de ocupación y el rol familiar perdido debido a la enfermedad y la discapacidad se relaciona directamente con síntomas depresivos. Este trabajo es pertinente con el tema de investigación propuesto por la Autora ENFERMEDAD RENAL CRONICA Y LAS MANIFESTACIONES DE CUADROS DEPRESIVOS EN LOS PACIENTES DE LA CLINICA DE HEMODIALISIS CONTIGO; ya que abarca el estudio valores estadísticos de los cuadros depresivos, la metodología para investigar la problemática, la muestra de pacientes siendo fundamental para el logro de los objetivos específicos y la resolución de la hipótesis planteada.

#### **2.1.2.2. Categorías de análisis**

##### **La enfermedad renal crónica (ERC) o Insuficiencia Renal Crónica (IRC).**

Es una pérdida progresiva e irreversible por 3 meses o más de las funciones renales. Según Rodríguez (2014); manifiesta: “Cuyo grado de afección se determina con un filtrado glomerular (FG)  $<60$  ml/min/1.73 m<sup>2</sup>; como resultado los riñones pierden su capacidad para eliminar desechos, concentrar la orina y conservar los electrolitos en la sangre”.

Según Rodríguez (2014); manifiesta: “Las causas más comunes de ERC son la nefropatía diabética, hipertensión arterial y glomerulonefritis, juntas causan aproximadamente el 75% de todos los casos en adultos”.

## Enfermedades del riñón según la anatomía renal.

Vascular: Relativo a los vasos o los conductos por los que circula la sangre.	Incluye enfermedades de los grandes vasos sanguíneos como estenosis bilateral, y enfermedades de los vasos sanguíneos pequeños, como nefropatía isquémica, síndrome urémico hemolítico y vasculitis.
Glomerular: La zona glomerular es una capa delgada de células situada inmediatamente por debajo de la cápsula de la glándula suprarrenal, contribuye casi al 15% de la corteza suprarrenal.	Abarcando a un grupo diverso y subclasificado en: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad glomerular primaria, como glomeruloesclerosis focal y segmentaria y nefropatía por IGA.</li> <li>• Enfermedad glomerular secundaria, como nefropatía diabética y nefritis lupus.</li> </ul>
Tubulointersticial: Nefritis de tipo intersticial; Nefritis intersticial aguda (alérgica).	Incluyendo enfermedad poliquística renal, nefritis tubulointersticial crónica inducida por drogas o toxinas, y nefropatía de reflujo.
Obstructiva	Por ejemplo: Con piedras del riñón bilaterales y enfermedades de la próstata.

Fuente: Rodríguez (2014)  
 Compilado: Autora

## Clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica.

Estadio	Descripción	Filtrado glomerular (FG)
1	Daño renal con FG normal	≥ 90
2	Daño renal con FG ligeramente disminuido.	2 60-86
3	FG moderadamente disminuido	30-59
4	FG gravemente disminuido	15-29
5	Fallo renal	< 15 o diálisis

Fuente: Hall Ramírez (2003)  
 Compilado: Autora

El diagnóstico suele ser causal, se detecta por un aumento de úrea y/o creatinina en una analítica rutinaria. Cuando ya se ha perdido el 50% del FG se inicia un deterioro progresivo de la capacidad de depuración del fósforo, que permanece constante por un aumento de la secreción de hormona paratiroidea (PTH).

Es habitual en este momento una anemia leve. A medida que la IRC se instaura una

cierta hiporexia, pérdida de peso, náuseas, vómitos, malestar general, astenia, debilidad, cefalea, prurito y/o insomnio; y se intensifica la anemia, acidosis, hiperfosforemia, desarrollándose un hiperparatiroidismo. La mayoría de los síntomas atribuidos a la IRC corresponden a la fase terminal que comienza en ese momento, y a la afectación de los distintos órganos y aparatos, que se recoge a continuación.

### Alteraciones clínicas y bioquímicas en la insuficiencia renal crónica.

<b>Hidroelectrolíticas</b>	
Sodio Potasio Equilibrio ácido base Calcio-Fósforo	Hiponatremia leve. Hiperpotasemia, en los siguientes casos: Diabetes mellitus, acidosis tubular o toma de fármacos (IECA, AINES, diuréticos distales). Acidosis grave en IRC avanzada. Asociada con hipocontractilidad cardíaca, taquipnea y enfermedad ósea. Osteítis fibrosa, osteomalacia, calcificaciones vasculares, fracturas patológicas.
<b>Cardiovasculares</b>	
Sodio y agua HTA Arterioesclerosis Pericarditis	HTA, sobrecarga de volumen. Progresión de arterioesclerosis, deterioro funcional ventricular, progresión de propia IRC. Coronariopatía, accidente cerebrovasculares (ACV), vasculopatía periférica, calcificación y disfunción valvular. Derrame con posible taponamiento.
<b>Hematológicas</b>	
Anemia Diátesis hemorrágica Serie Blanca	Condiciona estado hiperdinámico, hipertrofia ventricular y astenia Hemorragia cerebral, hematomas. Fagocitosis deficitaria, alteraciones de la migración leucocitaria, hipergammaglobulinemia.
<b>Neurológicas</b>	
La neuropatía se asocia habitualmente a la IRC.  Los síntomas relacionados con la disfunción nerviosa aumentan su frecuencia y gravedad cuando la enfermedad renal progresa hacia la fase terminal.	<b>Periféricas:</b> Polineuropatía sensitivo motora y autonómica (piernas inquietas, disestesias, calambres, fatigabilidad muscular, hipo).  <b>Centrales:</b> Encefalopatía urémica (somnolencia, estupor, coma, alteraciones cognitivas, asterixis, mioclonías, desorientación, agitación, confusión).
<b>Gastrointestinales</b>	
Hiporexia Otras	Desnutrición, déficits vitamínicos. Náuseas, vómitos, gastritis y pancreatitis.
<b>Función inmunitaria</b>	
CMI (Complejo Mayor de Inmunidad). Anticuerpos Quimiotaxis	Linfocitopenia Alteración de reactividad cutánea retardada. Disminución de proliferación linfocitaria. Supervivencia prolongada de homoinjertos. Alteración de reacción injerto contra huésped. Disminución de los valores de inmunoglobulinas. Disminución de la producción de anticuerpos. Disminución de emigración de neutrófilos

Fuente: Tesis Gutiérrez Navas 2011.  
Compilado: Autora

## **Alteraciones Inmunológicas.**

Tanto la respuesta humoral como la celular se encuentran afectadas en pacientes con insuficiencia renal crónica. La respuesta de los anticuerpos a ciertos antígenos es anormal, lo mismo que la respuesta leucocitaria. Rodríguez (2014) Esto significa: “El sistema inmunológico no detecta el agente que cause la infección en el enfermo renal, debido que el sistema es la defensa natural del cuerpo contra las infecciones”.

## **Complicaciones neurológicas del tratamiento de la patología renal**

El deterioro cognitivo es una causa de alteración funcional frecuente en enfermos renales, donde predomina el déficit ejecutivo, de la velocidad de procesamiento y de la memoria de recuperación. Puede estar relacionado con otras vasculopatías coexistentes o con la propia hemodiálisis.

## **Encefalopatía urémica.**

Los pacientes con insuficiencia renal aguda o crónica pueden presentar trastornos neurológicos secundarios a la propia uremia (encefalopatía urémica). Las manifestaciones clínicas de esta encefalopatía son más evidentes en los pacientes que presentan una insuficiencia renal de instauración rápida, los síntomas iniciales incluyen apatía, fatiga, falta de atención e irritabilidad posteriormente se añaden confusión, alteraciones sensoriales, alucinaciones y estupor. (Millon, 2013)

Es decir: “Los síntomas y alteraciones deben ser identificadas si son de naturaleza física para poder realizar la evaluación y diagnóstico psicológico porque puede confundirse con los signos y síntomas de la depresión”.

## **Ictus.**

Los pacientes con insuficiencia renal crónica tienen una incidencia aumentada de ictus isquémicos y hemorrágicos por la elevada frecuencia y el sinergismo de múltiples factores de riesgo vascular (hipertensión arterial, diabetes, malnutrición, disfunción plaquetaria, tratamiento con eritropoyetina). (Millon, 2013)

Es decir: “Los ictus o accidentes cerebro vasculares se producen por la disminución del flujo sanguíneo que recibe el cerebro o por la hemorragia debido a la rotura de un vaso cerebral”.

**El ictus isquémico;** son las situaciones irreversible que lleva a la muerte a las células cerebrales afectadas por la falta de aporte de oxígeno y nutrientes transportados por la sangre. En el segundo caso el **ictus hemorrágico;** son menos frecuentes, pero su mortalidad es considerablemente mayor; los supervivientes de un ictus hemorrágico suelen presentar, a medio plazo, secuelas menos graves.

### **Encefalopatía de Wernicke.**

Es una forma infrecuente de encefalopatía con características similares a la clásica encefalopatía de Wernicke con alteración mental, oftalmoparesia y ataxia. (Millon, 2013); Es decir: “La falta de vitamina B1 es común en personas alcohólicas como en personas cuyos cuerpos no absorben los alimentos apropiadamente es el caso de los enfermos renales. La encefalopatía de Wernicke causa daño cerebral en partes bajas del cerebro llamadas el tálamo y el hipotálamo”.

### **Síndrome de desequilibrio por diálisis.**

Suele aparecer durante las primeras sesiones de hemodiálisis en los pacientes crónicos o de hemodiálisis de alta eficacia en los pacientes agudos muy frecuente en niños, ancianos, hipertensos o con lesiones previas del sistema nervioso central. Se manifiesta en grados moderados como cefalea holocraneal, vómitos, mareo, visión borrosa (datos de hipertensión intracraneal) y calambres musculares.

En los casos más severos aparecen temblores, mioclonias, crisis y arritmias cardíacas, pudiendo llegar al estado final de coma por hipertensión intracraneal severa. (Millon, 2013) Es decir: “El síndrome del desequilibrio es un conjunto de síntomas neurológicos y sistémicos que aparecen durante o después del tratamiento de diálisis”.

### **Demencia dialítica.**

Es un cuadro progresivo que se ha relacionado con el depósito de aluminio



contenido en la solución usada para la diálisis en el sistema nervioso central. Inicialmente suele afectar al habla y lenguaje, y posteriormente los síntomas se van haciendo crónicos y aparecen trastornos del movimiento, como asterixis y mioclonias, hasta llegar a fases finales con crisis epiléptica, con deterioro cognitivo progresivo y muerte. (Millon, 2013)

Esto, significa: “La demencia dialítica o encefalopatía progresiva y difusa, que en ocasiones acaba en la muerte, que ocurre actualmente en muy pocos pacientes sometidos a hemodiálisis crónica”.

### **Síndrome de las piernas inquietas.**

Es un trastorno del movimiento caracterizado por la presencia de sensaciones incómodas, que el paciente define como pesadez, tensión, hormigueos, pinchazos, calor o frío, que se localizan en las pantorrillas, y aparecen principalmente por la tarde o noche. En un 80% de las ocasiones, se asocia al trastorno caracterizado por movimientos periódicos de las piernas durante el sueño Millon (2013) Esto, significa: “Las polineuropatías es una afección que causa una disminución en la capacidad para moverse o sentir sensibilidad debido al daño neurológico, pueden producir en ocasiones síntomas similares, presentando en la exploración neurológica déficits sensitivos y pérdida de reflejos y alteraciones en la exploración electromiográfica. Entre los tratamientos de elección destacan los fármacos dopaminérgicos, levodopa y agonistas, las benzodiazepinas, diazepam y clonacepam”

### **Mielinólisis pontina central.**

Se produce un daño neurológico causado por la destrucción de las vainas de mielina en el centro de la protuberancia. Ocasionalmente se encuentran lesiones similares en otras regiones (desmielinización extrapontina).

Suele aparecer en pacientes con enfermedades crónicas sometidos a variaciones bruscas en el metabolismo hidroelectrolítico. La causa más común es un cambio rápido de los niveles de sodio en el organismo, con mucha frecuencia se presenta durante el tratamiento de una hiponatremia, cuando los niveles de sodio se elevan demasiado rápido; sin embargo, también puede ocurrir ocasionalmente con la corrección

demasiado rápida de una hipernatremia. (Millon, 2013)

Es decir: “La mielinolisis extrapontina puede causar ataxia y movimientos extrapiramidales, como el parkinsonismo y la distonía, por la lesión de los ganglios basales”.

### **Complicaciones neurológicas del trasplante renal.**

El gran avance del trasplante renal ha sido posible gracias a los avances quirúrgicos, en el caso del trasplante renal las complicaciones suelen aparecer tiempo después, debidas en su mayor parte al fracaso renal y al uso de inmunosupresores.

Las complicaciones neurológicas se producen por cuatro causas:

- Por la enfermedad subyacente: Enfermedad cerebrovascular, ya sea isquémica o hemorrágica, debido a la hipertensión. Aneurismas cerebrales asociados a riñón poliquístico.
- Por el procedimiento de trasplante: Cabe destacar que, debido a su localización cerca del ligamento inguinal se incrementa el riesgo de lesión por retracción o hematoma de nervio femoral, que habitualmente se resuelve completamente. De la misma manera se puede ver lesionado el nervio femorocutáneo.
- Infecciones asociadas: Las infecciones del Sistema nervioso central se clasifican en meningitis, encefalitis y abscesos cerebrales.
- Tratamiento inmunosupresor incluye ciclosporina, tacrolimus, azatioprina y corticoesteroides. Los nuevos fármacos incluyen OKT3, sirolimus.

Millon (2013) Esto significa que: “Los riñones son los encargados de filtrar y eliminar toxinas como la urea, la creatinina, el fósforo y el potasio a través de la orina, con la finalidad de liberar al organismo de ellas y generar un óptimo funcionamiento”.

El riñón siendo un órgano endocrino produce renina, eritropoyetina, dihidroxicolecalciferol, prostaglandinas y cininas; funciona como catabolizador de

proteínas e interviene en diversas funciones metabólicas. Sin embargo, cuando este proceso no se lleva a cabo de forma adecuada, conlleva a que la persona sufra de retención de líquidos, presión arterial alta, debilidad, dolor e incluso pérdida de la visión y vómito con sangre.

### **Aspectos psicológicos de los enfermos en diálisis.**

**Actitudes del personal asistencial:** Están marcadas por motivaciones conscientes e inconscientes. Perez (2014) afirma que, “Las actitudes más positivas son las reparadoras debiendo evitarse las sobreprotectoras y estandarizadas. El personal asistencial debe ayudar a evitar el sufrimiento de pacientes detectándolo, abordándolo y ayudándole a que pueda ir asumiéndolo. Debe facilitar la elaboración del trabajo de duelo que afecta al paciente en Hemodiálisis y que va a condicionar las posteriores adaptaciones”.

**Actitudes de la familia:** Las relaciones familiares suponen un factor determinante a la hora de la adaptación del enfermo en Hemodiálisis periódicas. Perez (2014) afirma que: “ Se han encontrado altos niveles de dependencia de ella, siendo necesaria la elaboración del duelo que supone la presencia de un miembro gravemente enfermo, también se dan con frecuencia descompensaciones psicológicas en los miembros del grupo familiar. Es decir cuanto más estables sean la relación afectiva más fácil es para todos adaptarse a los cambios que se van produciendo, a nivel relacional y laboral”.

**Actitudes del enfermo en hemodiálisis periódica (hdp):** A menudo la afectividad se encuentra bloqueada. Son personas con un desarrollo emocional lábil, egocéntrico que reprimen sus emociones y sus manifestaciones. Otras veces aparecen evoluciones infantiles y regresivas, o actitudes de subjetivización, relativización, disociación, intelectualización, etc.

Perez (2014) afirma que: “ A nivel social, las relaciones suelen estar bloqueadas, en gran parte de estos pacientes existiendo temor al contacto y miedo al rechazo debido a las pérdidas y limitaciones que experimenta en cuenta a su salud, autonomía, pulsiones sexuales, esto hace disminuir la posibilidad, sobre todo entre los más jóvenes, de establecer relaciones de pareja estable sin olvidarnos de que muchas veces a todo ello

se une otra pérdida importante, la de la fertilidad real o no viable, dadas las condiciones ”.

**Mecanismos de defensa:** Sirven para manejar la angustia y posibilitar la adaptación. Ayudan a mantener el equilibrio psicológico preciso ante las nuevas situaciones. Perez (2014) Afirman que: “Estos mecanismos de defensa van a reforzar distintos rasgos a desencadenar situaciones neuróticas, psicóticas o psicosomáticas”.

Los más frecuentes suelen ser:

**Agresividad:** Los niveles de agresividad consciente e inconsciente son muy altos pues se trata de pacientes crónicos de alto riesgo, en los que entre otras muchas situaciones frustrantes se encuentra la del miedo premonitorio hacia la muerte, existan o no presente la posibilidad de un trasplante. “La agresividad suele expresarse a través de verbalizaciones directas, o autodestrucción”. (Perez, 2014)

**Aislamiento:** Es un proceso de entrenamiento defensivo, que también se da en las personas que están a su alrededor como proyección de los propios sentimientos de uno mismo en relación con la enfermedad y la muerte de forma consciente, inconsciente.

“Pero también puede ser usado como autoagresión, castigo, o como defensa frente a evidencias de envidia de los sanos, etc ”. (Perez, 2014)

**Regresión:** Es un mecanismo adaptativo o no. “Es adaptativo si con ello busca su identidad en el pasado o por el contrario supone una desestructuración del «yo». Predominan actitudes pasivo dependientes y vuelta a formas de conducta infantiles”. (Perez, 2014)

**Proyección de los efectos:** Se traducen en desconfianzas, suspicacias, los demás pacientes están peor, siempre alguien tiene la culpa, a él no le pasa a otro sí, ira, apatía, angustia, depresión, etc. (Perez, 2014)

**Negación:** Es positiva desde el punto de vista que posibilita la relación de dependencia-independencia protegiendo al paciente de la angustia que le producen las

pérdidas presentes y futuras. “Es perjudicial si a través de ellas se producen inhibiciones y bloqueos que potencian la autodestrucción y que se traducen en transgresiones severas de dietas, tratamientos, etc”. (Perez, 2014)

Otros mecanismos de defensa son: Disociación, intelectualización, Desplazamiento.

### **2.2.3. La depresión**

Es una enfermedad caracterizada por un estado de ánimo triste, Garza (2004) afirma que: “Con pérdida de interés o capacidad para sentir placer por situaciones que antes lo producían, pérdida de confianza en sí mismo y un sentimiento de inutilidad”.

## **Trastornos del humor: Las depresiones**

### **F32 Episodios depresivos.**

En los episodios depresivos típicos de cada una de las tres formas descritas a continuación, leve, moderada o grave, por lo general.

Silva (2012) Afirma que, “ El enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo ”.

Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad, habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

### **F32.0 Episodio depresivo leve. Pautas para el diagnóstico.**

El ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo,



además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente.

Silva (2012) Afirma que, “Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado más intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. Un enfermo con episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo”.

### **F32.1 Episodio depresivo moderado. Pautas para el diagnóstico**

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve, así como al menos tres, y preferiblemente cuatro, de los demás síntomas. Silva (2012) Afirma que, “Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas”. Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

### **F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.**

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Silva (2012) Afirma que, “Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave”.

#### **Pautas para el diagnóstico:**

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes, como la agitación o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle.

En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas.

Silva (2012) Afirma que, “Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado”.

### **F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.**

Se trata de un episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas, y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones, o estupor depresivo. Silva (2012) Afirma que, “Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina, o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable, las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces acusatorias, difamatorias o de olores a podrido o carne en descomposición, la inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor, las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no con el estado de ánimo”.

### **F33 Trastorno depresivo recurrente.**

Este trastorno se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión, que pueden presentar los rasgos de episodio depresivo leve, moderado, o grave, pero sin antecedentes de episodios aislados de exaltación del estado de ánimo suficiente para satisfacer las pautas de manía. Silva (2012) Afirma que, “La edad de comienzo y la gravedad, duración y frecuencia de los episodios depresivos pueden ser muy variables. El trastorno depresivo recurrente puede subdividirse especificando primero el tipo del episodio actual y después el tipo que predomina en todos los episodios. Excluye el diagnóstico de episodio depresivo breve recurrente.

### **F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes.**

Se trata de una serie de trastornos persistentes del estado de ánimo, que suelen ser de intensidad fluctuante, que duran años y en algunos casos la mayor parte de la vida adulta del enfermo, suelen acarrear un considerable malestar y una serie de incapacidades. (Silva, 2012)

### **F34.0 Ciclotimia.**

Se denomina así a un trastorno caracterizado por una inestabilidad persistente del estado de ánimo, que implica la existencia de muchos periodos de depresión y de euforia leves. Silva (2012) afirma que, “Esta inestabilidad aparece por lo general al inicio de la edad adulta y sigue un curso crónico, el enfermo no percibe relación alguna entre las oscilaciones de humor y los acontecimientos vitales. Es difícil diagnosticar este trastorno sin disponer de un periodo prolongado de observación del comportamiento del enfermo, la ciclotimia pasa frecuentemente desapercibida a la atención médica”.

#### **Pautas para el diagnóstico:**

El rasgo esencial es la inestabilidad persistente del estado de ánimo, lo que trae consigo un gran número de episodios de depresión y euforia leves, ninguno de los cuales ha sido lo suficientemente intenso y duradero como para satisfacer las pautas de diagnóstico de un trastorno bipolar o un trastorno depresivo recurrente. Una ciclotimia puede persistir durante toda la edad adulta, desaparecer de manera temporal o permanente, o evolucionar hacia alteraciones más graves, como un trastorno bipolar o un trastorno depresivo recurrente.

### **F34.1 Distimia**

Se denomina así a una depresión crónica del estado de ánimo que no se corresponde con la descripción de trastorno depresivo recurrente, por su gravedad o por la duración de los episodios. Silva (2012) afirma que, “ Los enfermos tienen a menudo días o semanas en los que refieren encontrarse bien, pero durante la mayor parte del tiempo, se sienten cansados y deprimidos, todo les supone un esfuerzo y nada les satisface ”.

Están mediatibundos, quejumbrosos, duermen mal y se sienten incapaces de todo, aunque normalmente pueden hacer frente a las demandas básicas de la vida cotidiana.

### **Pautas para el diagnóstico:**

El rasgo esencial es una depresión prolongada del estado de ánimo que no es lo suficientemente intensa como para satisfacer las pautas para trastorno depresivo recurrente. Suele comenzar al iniciarse la edad adulta y evoluciona a lo largo de varios años o bien es de duración indefinida.

### **F38 Otros trastornos del humor (afectivos)**

#### **F38.10 Trastorno depresivo breve recurrente**

Durante el año anterior se han presentado cada mes episodios depresivos recurrentes breves. Silva (2012) afirma que, “ Todos los episodios aislados duran menos de dos semanas, típicamente dos o tres días, con recuperación completa, pero satisfacen las pautas sintomáticas de episodio depresivo leve, moderado o grave. En contraste con la distimia, los enfermos no están deprimidos durante la mayoría del tiempo, los episodios pueden presentarse sólo en relación con el ciclo menstrual ”.

La diferenciación entre los grados leve, moderado y grave, se basa en una complicada valoración clínica que incluye el número, el tipo, y la gravedad de los síntomas presentes.

El nivel de la actividad social y laboral cotidiana suele ser una guía general muy útil de la gravedad del episodio, aunque los factores personales, sociales y culturales que influyen en la relación entre la gravedad de los síntomas y la actividad social, son lo suficientemente frecuentes e intensas como para hacer poco prudente incluir el funcionamiento social entre las pautas esenciales de gravedad.

La presencia de demencia o de retraso mental, no excluyen el diagnóstico de un episodio depresivo.

### **Síndrome depresivo con la enfermedad médica**

Silva (2012) En el DSM-IV, los trastornos depresivos por enfermedad médica se clasifican bajo el epígrafe Trastornos depresivos del Estado de Animo debidos a enfermedad médica, definidos como una prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

Se puede relacionar con la enfermedad médica de diversas maneras:

- La enfermedad médica como causa de la depresión secundaria o somatógenas.
- Aparición depresiva en personas susceptibles, como estresante psicosocial.
- Que los síntomas depresivos estén producidos no por la enfermedad, sino por los tratamientos empleados, a esto se le conoce como depresiones yatrógenas.
- Que la depresión es producida por endocrinopatías.
- Enfermedad tiroidea.
- Enfermedad de Cushing, estos pacientes pueden presentar mayor irritabilidad y labilidad emocional.
- Carcinoma de páncreas, la anorexia, pérdida de peso y dolor difuso son los únicos síntomas.
- Tumores del SNC, los tumores frontales y temporales de crecimiento lento son los que más se asocian a síntomas afectivos, apatía y depresión.
- Enfermedad de Parkinson, se presenta en un 50% de los casos, considerando los síntomas afectivos como parte de la enfermedad.
- Enfermedad de Huntington, el trastorno más frecuente es la depresión, con prevalencia del 35%.
- Enfermedad de Wilson, evoluciona a la larga a una demencia progresiva, presentando cuadros depresivos.
- Esclerosis múltiple, va acompañada del deterioro cognitivo siendo la depresión muy frecuente en los pacientes. Presentando un alto riesgo de suicidio.

#### **2.2.4. Terapia cognitiva-conductual**

La terapia cognitivo conductual tiene como principio fundamental la resolución de los problemas actuales y con ello atenuar los síntomas mediante la intervención de cogniciones para poder modificar comportamientos Yapko (2006) afirma que, “En este modelo terapéutico se consideran dos elementos primordiales de intervención, el

primero las cogniciones o pensamientos y el segundo las conductas que se originan a partir de creencias irracionales”.

De acuerdo con Beck (2012), manifiesta que “Los efectos y la conducta que tiene un individuo, están en gran medida determinados por el modo en que estructura el mundo”.

Esto quiere decir que se centra en la atención de las cogniciones, identificadas como elementos básicos de intervención, debido a que los pensamientos son fortalecidos por aquellas actitudes que se han aprendido a lo largo de las experiencias previas que ha tenido el paciente.

### **Características de la Terapia Cognitivo Conductual.**

Las cuatro principales características que debe ofertar este procedimiento al paciente, radican en que éste deberá ser activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado. De acuerdo con Beck (2012) Afirma que:

- La primera característica hace referencia a que dentro de la intervención, la relación existente entre paciente y terapeuta debe de ser activa; es decir que el terapeuta se encontrará en continua actividad e interacción intencionadamente.
- Con el paciente, un papel de guía a lo largo de las sesiones de intervención. Al igual que la participación activa del paciente, pues es de considerar que es la persona indicada para reformular las cogniciones existentes.
- Y la última característica que enuncia Beck (2012), manifiesta el tiempo limitado que deberá poseer el proceso de intervención; durante éste, el terapeuta debe de formular estrategias encaminadas a cumplir con el objetivo terapéutico.

De acuerdo con Beck (2012), el terapeuta deberá de contemplar tres elementos indispensables que van a influir a lo largo del tratamiento, las cuales son: aceptación, empatía y autenticidad.

### **2.2.5. Técnicas Cognitivas**

Las técnicas cognitivas facilitan al paciente la oportunidad de reorganizar la estructura cognitiva, esto se logra mediante la identificación que realiza sobre sus pensamientos ilógicos, así como la comprensión de las reglas que se formulan para organizar la realidad que soportan a estas cogniciones (Beck, 2012)

### **Técnicas Conductuales**

Estas técnicas sugieren que la atención terapéutica se centre en la conducta observable del paciente, y todas las actividades estarán dirigidas hacia el cumplimiento del objetivo terapéutico, a partir de la atención del comportamiento.

De acuerdo Beck (2012), “Estas técnicas tienen como propósito, el lograr un cambio en las actitudes negativas del paciente para que se promueva una mejoría en su ejecución, lo que permite llegar a comprobar la validez de los pensamientos negativos; y cuando éstas se ven refutadas, la persona se siente motivada para realizar tareas y actividades que pueden considerarse con mayor dificultad, al grado de enfrentarse con sus propias barreras”.

Así pues, las técnicas conductuales que Beck propone en la intervención hacia la atención de trastornos como la depresión, hacen referencia al empleo de la: programación de actividades, técnicas de dominio y agrado, asignación de tareas graduales, práctica cognitiva, role playing y tareas para casa.

### **Técnicas de afrontamiento**

El afrontamiento consiste a una serie de pensamientos y acciones que capacitan al sujeto para manejar situaciones difíciles, por lo tanto es un proceso de esfuerzos dirigidos a manejar del mejor modo posible minimizando, tolerando o controlando las demandas internas y ambientales. (Stone, 1990)

Con esta definición se puede concluir que las reacciones emocionales como la ira, o la depresión también son parte del proceso de afrontamiento que efectúa el sujeto ante la situación demandante. Por ejemplo, quedarse en la cama cuando se siente deprimido es un tipo de estrategia de afrontamiento, poco activa como ir a la consulta médica,

aunque la naturaleza de estas estrategias no siempre es consciente normalmente se distinguen dos tipos de estrategias:

- Resolución de problemas: son aquellas directamente dirigidas a manejar o alterar el problema que está causando malestar.
- Regulación emocional, son los métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema.

Autores como (Lazarus, 2010), menciona que existe la escala de modos de afrontamiento, instrumento que evalúa una completa serie de pensamientos y acciones ante una situación estresante.

- Confrontación: intentos de solucionar la situación mediante acciones directas, agresivas.
- Planificación: pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema.
- Distanciamiento: intentos de apartarse del problema.
- Autocontrol: esfuerzo para controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales.
- Aceptación de responsabilidades: reconocer el papel que haya tenido en el problema.
- Escape: empleo de un pensamiento irreal.
- Reevaluación positiva: percibir los posibles aspectos positivos en la situación estresante.
- Búsqueda de apoyo social.

En el proceso y resultado final del afrontamiento pueden intervenir muchas variables interfiriendo o potenciándolo, factores internos como estilos habituales de afrontamiento y algunas variables de personalidad; externos, recursos materiales, apoyo social y la actuación de otros factores estresantes simultáneos pueden modular el impacto de un estresor.

#### **2.2.6. Instrumento de evaluación de la depresión.**

En los trastornos depresivos se utilizan escalas como instrumentos de medida de



la gravedad de la depresión y de su respuesta al tratamiento. El objetivo es la evaluación sintomática del paciente en un cuadro temporal definitivo, permitiendo escoger cada ítem y obteniendo una puntuación final.

El profesional de la salud mental requerirá de la formación y experiencia en la utilización de los instrumentos de evaluación de la depresión”.

Las escalas o cuestionarios pueden ser leídas por el psicólogo o por el paciente, pero el que elige cuál de los ítems refleja mejor su estado es el paciente. Los instrumentos de evaluación más utilizadas son:

- Beck Depression Inventory (BDI)
- Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D)
- Montgomery Asberg depression Rating Scale (MADRS)

### **Beck Depression Inventory (BDI)**

Es una escala de autoevaluación que valora fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión.

Beck (2012), afirma que: “ La versión original se basa en las descripciones del paciente sobre diferentes ítems: ánimo, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, irritabilidad, ideas suicidas, llanto, aislamiento social, indecisión, cambios en el aspecto físico, dificultad en el trabajo, insomnio, fatigabilidad, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupación somática y pérdida de la libido ”.

En la versión II se reemplazan la valoración del aspecto físico, la pérdida de peso, la preocupación somática y la dificultad para trabajar por agitación, dificultad de concentración, pérdida de energía y sentimientos de inutilidad. Cada ítem se valora de 0 a 3, siendo la puntuación total de 63 puntos. No existe un consenso sobre los puntos de corte, por lo que se emplean distintos puntos de corte e intervalos para definir los niveles de gravedad.

### **Baremos de corte recomendados por la Asociación Psiquiátrica Americana.**

	Ausente o mínima	Leve	Moderada	Grave
APA 2000	0-0	10-16	17-29	30-36
Versión de 13 ítems.	0-4	5-7	8-15	>15

Fuente: Tesis Gutiérrez Navas 2011.  
Compilado: Autora

En conclusión, es la que mayor porcentaje de síntomas cognitivos presenta, destacando además la ausencia de síntomas motores y de ansiedad. Se utiliza habitualmente para evaluar la gravedad de la enfermedad.

### **2.3. Postura teórica**

Es fundamental presentar al Lector las razones por las que la Autora decide el uso de la corriente psicológica Cognitiva-conductual del autor Beck y varios autores modernos que han tomado de base la corriente cognitiva-conductual tal como (Caballo, 2010), (Gavino, 2012), (Yapko, 2006) entre otros.

Beck (2012), Afirma que: “La depresión altera el estado de ánimo, haciendo que la persona genere, un sin número de pensamientos que ponen en riesgo su salud psíquica”.

Cuando este trastorno se presenta en un contexto donde prevalece la discapacidad, sea el caso de pacientes renales con discapacidad física, o sin discapacidades genera estragos en especial a la familia o persona encargada del cuidado del paciente; como lo plantea el autor Bavin (1987) afirma que, “La discapacidad de antemano connota discriminación, carga emocional y social que al articularse con la depresión impactará negativamente en la salud emocional”.

Presentándose etapas de adaptación al tratamiento llamadas fase inicial, intermedia, adaptación y la fase de readaptación. Indicando que en cada fase se presentan cambios psicológicos en el estado de ánimo (tristeza, llanto), ansiedad (miedo); en la vida social (aislamiento, irritabilidad) y lo conductual (desórdenes alimenticios, incumplimiento a la dieta) pueden variar no todos los casos son iguales dependerá del estado de conciencia del paciente, el rol familiar, estado civil, situación económica.

Siguiendo con la cuarta fase de reorganizar su nuevo proyecto de vida donde el paciente acepta y asume una postura positiva ante la adversidad, cabe mencionar que para el buen manejo del tratamiento en todas sus etapas es necesario la intervención psicológica a nivel cognitivo, emocional, conductual y social.

Razones importantes para recurrir a la corriente cognitiva-conductual por ser la más acertada como terapia en el tratamiento de los episodios depresivos en la enfermedad renal crónica.

## **2.4. HIPÓTESIS**

### **2.4.1. Hipótesis general**

La aplicación de terapia de afrontamiento influye positivamente en los cuadros depresivos de los pacientes con enfermedad renal crónica.

### **2.4.2. Subhipótesis o derivadas**

- Las manifestaciones depresivas de los pacientes de la Clínica de Hemodiálisis Contigo si influyen negativamente en las etapas psicológicas en la aceptación de la enfermedad renal crónica.
- El protocolo psicológico si influye positivamente en la detección de las manifestaciones depresivas en los pacientes con enfermedad renal crónica de la Clínica Contigo.

- La utilización del plan de afrontamiento de terapias en grupo disminuiría los efectos adversos en el proceso de vivir en diálisis.

### **2.4.3. Variables**

- **Variable Independiente:** Aplicación de terapias.
- **Variable Dependiente:** Estados depresivos.

## **CAPÍTULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.**

### **3.1. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN.**

La metodología de investigación es de tipo cualitativa y cuantitativa; por lo cual se necesitó analizar las características de las manifestaciones de cuadros depresivos en los pacientes con enfermedad renal crónica; siendo la totalidad de la muestra de 65 usuarios, el mismo que nos sirvió para cuantificar los resultados en datos estadísticos.

#### **3.1.1. MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN.**

La investigación es de modalidad cuantitativa y cualitativa siendo el procedimiento que permitió decidir entre varias alternativas.

#### **3.1.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.**

**De campo:** Se utilizó la investigación de campo para analizar la situación real donde se desarrollaron los hechos.

**Explicativa:** Se utilizó la investigación de tipo explicativa para entender el porqué de los hechos mediante el establecimiento de la causa-efecto, es decir explicando dentro de las teorías investigadas dando respuesta a los hechos en las condiciones que se encontraron en el lugar de los sucesos reales.

### **3.1.3. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.**

#### **3.1.3.1. Métodos.**

**Inductivo:** La utilización de la inducción permitió obtener información de lo particular a lo general, es decir partiendo de la observación de los hechos seguido por las leyes universales, teorías de estos hechos por inferencia inductiva hasta llegar a conclusiones inductivas.

**Deductivo:** Se empleó este método porque va de lo general a lo particular, es decir partiendo de bases teóricas generales a la observación de los hechos obteniendo enunciados particulares.

#### **3.1.3.2. Técnicas.**

**Observación:** Se escogió el enfoque de observación como técnica para la recopilación de datos, permitiendo medir y analizar las variables dependiente e independiente sin ejercer un control directo.

**La entrevista:** Se utilizó para recabar información en forma verbal, a través de preguntas de respuestas cerradas y abiertas con el instrumento Ficha de datos generales.

**Encuesta:** Consistió en obtener información de los sujetos de estudios proporcionados por ellos mismo, detallando el trabajo que se siguió:

1. Utilización de Test de Depresión de Beck: Dirigido a los 65 pacientes de la clínica “Contigo” de la ciudad de Quevedo.
2. El proceso a seguir es el siguiente: Los informantes fueron los pacientes de la clínica “Contigo” de la ciudad de Quevedo donde se aplicó la técnica del test de depresión de Beck, en el mes de septiembre previa autorización de la Gerencia y Director de Nefrología; bajo la guía de la Unidad de Psicología de la clínica.

### 3.1.3.3. Instrumentos.

**Ficha de datos Generales:** Consistió en obtener información personal de los pacientes.

**Test de Depresión de Beck:** Dirigido a los 65 pacientes, con un total de 15 preguntas, desarrolladas con lenguaje sencillo y fácil de entender por el usuario.

### 3.1.4. POBLACIÓN Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN.

#### 3.1.4.1. Población.

65 pacientes con insuficiencia renal crónica de la unidad de nefrología del servicio de diálisis de la Clínica “Contigo” de la ciudad de Quevedo.

#### 3.1.4.2. Muestra.

Total de sujetos de investigación: 65 pacientes con insuficiencia renal crónica. Por ser una población pequeña, no fue necesario la utilización de la fórmula del cálculo de la muestra.

### 3.1.5. Resultados de la encuesta realizada a los pacientes de la clínica de hemodiálisis Contigo.

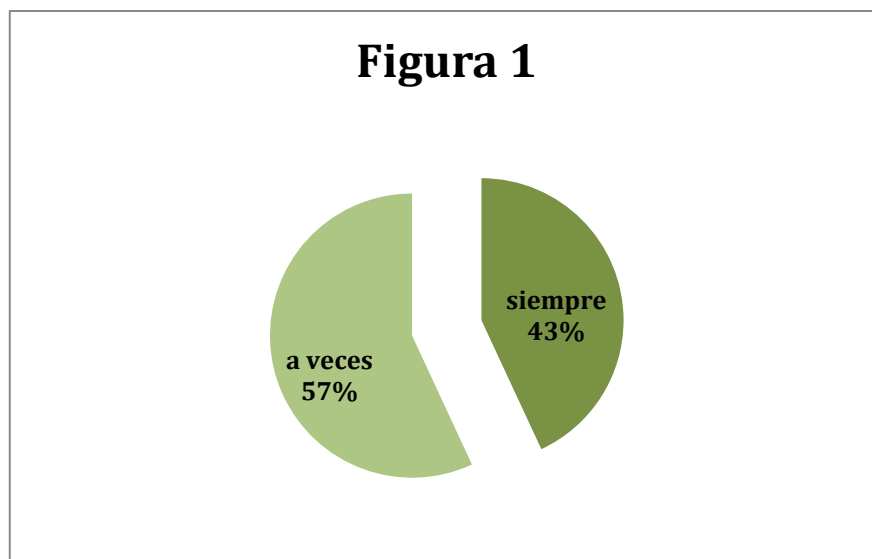
Preguntas dirigidas a los 65 pacientes:

1. ¿Está satisfecha con su vida?

**Tabla 1:** Satisfacción con la vida

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PORCENTAJE</b>
siempre	28	43%
nunca	0	0%
a veces	37	57%
<b>TOTAL</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta



**Análisis e interpretación de datos:**

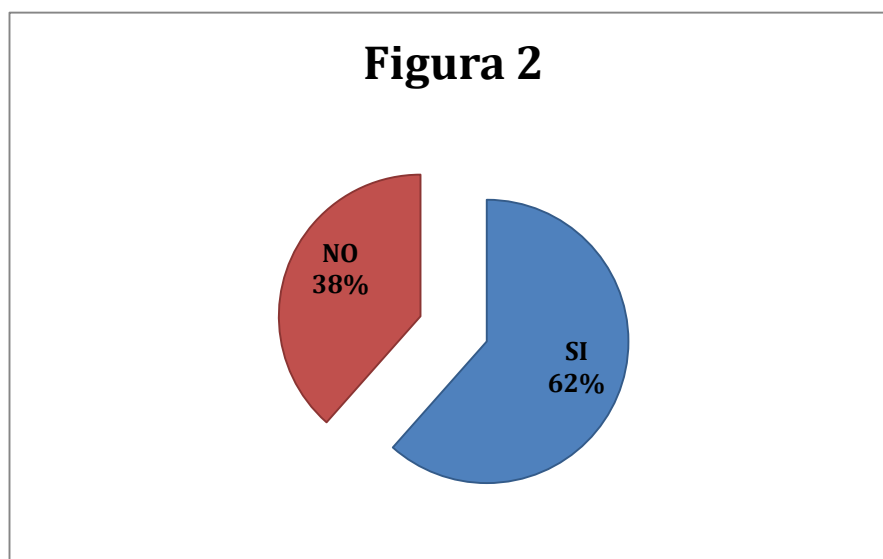
En la primera interrogante el 43% de los pacientes presentó una prevalencia en síntomas de minusvalía y el 57% indica que a veces sienten satisfacción por la vida. Se interpreta que existe una prevalencia de cambio en el estado de ánimo en los pacientes de hemodiálisis de la Clínica Contigo por consecuencia de conocer el pronóstico de su enfermedad.

**2. ¿Ha renunciado a muchas actividades?**

**Tabla 2: Actividades**

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	40	62%
No	25	38%
<b>TOTAL</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta  
**Elaborado por:** Autora



**Análisis e interpretación de datos:**

Se evidenció que el 62% de los pacientes han dejado de realizar algunas de las actividades como trabajar, ejercicios físicos como consecuencia de la enfermedad a diferencia del 38% de los pacientes indicaron que a pesar de la enfermedad y los cambios en sus ritmos de vida tratan de llevar una vida que incluya actividades de recreación. Existe la prevalencia de síntomas de anhedonia en un 62% de la muestra tabulada.

**3. ¿Se siente impotente ante las exigencias de la vida?**

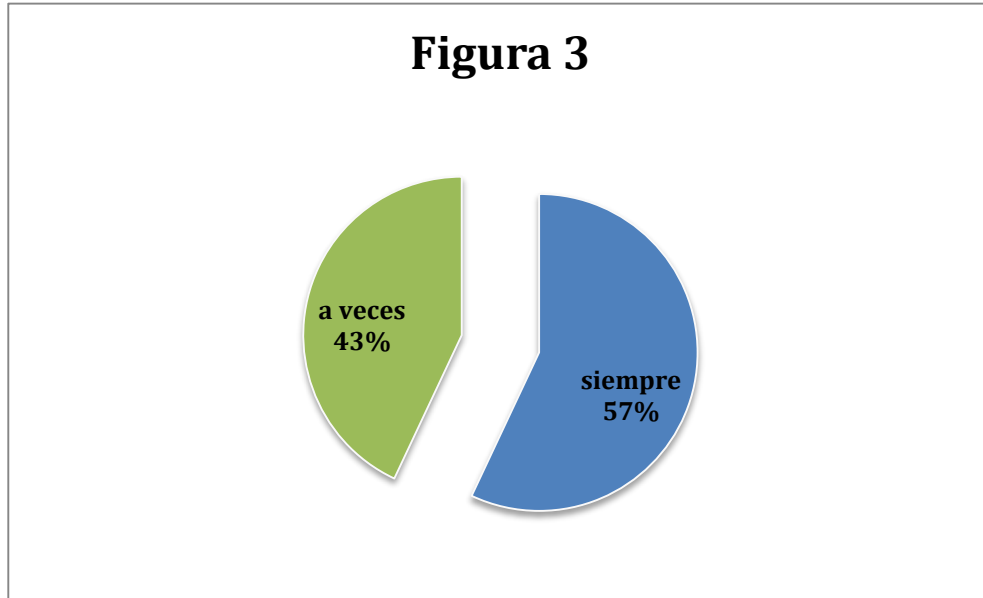
**Tabla 3:** Estado de ánimo minusvalía

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PORCENTAJE</b>
siempre	37	57%
nunca	0	0%



a veces	28	43%
<b>TOTAL</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta  
Elaborado por: Autora



**Análisis e interpretación de datos:**

El 57% de los pacientes mencionaron sentirse desanimados que estás perdiendo la batalla de sobrevivir por las circunstancias que conlleva de soportar su enfermedad, los horarios, la falta de recursos económicos, los cambios en su entorno social a diferencia del 43% indicaron que han aprendido a sobrellevar las etapas de la enfermedad renal. Existe la prevalencia de síntomas como soledad y minusvalía en un 57% de los pacientes.

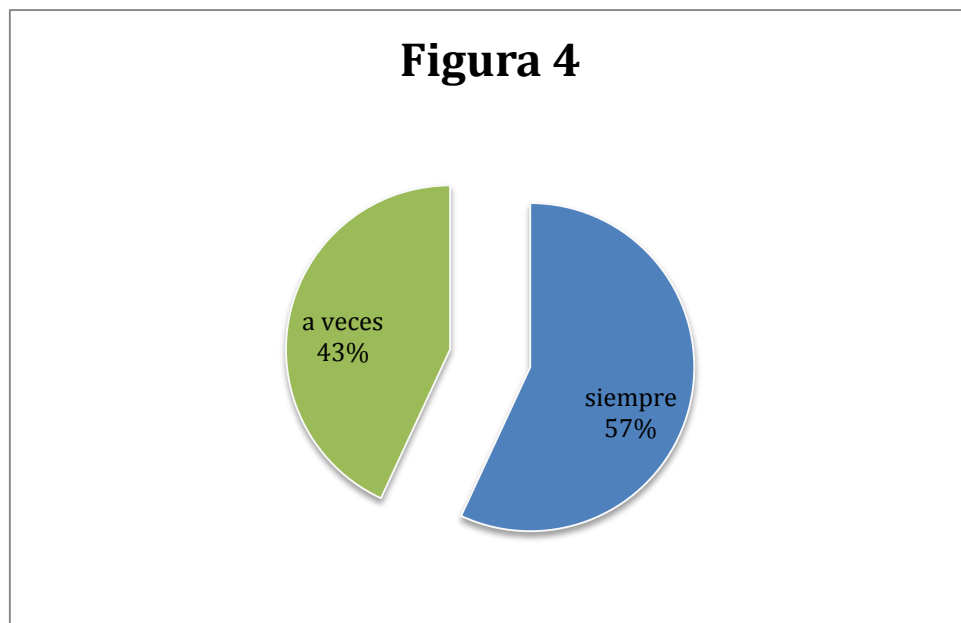
**4. ¿Se encuentra a menudo irritable, enojado?**

**Tabla 4:** Estado de ánimo irritable

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PORCENTAJE</b>
siempre	37	57%
nunca	0	0%
a veces	28	43%
<b>TOTAL</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Autora



**Análisis e interpretación de datos:**

El 57% de los pacientes mencionaron sentirse sin ánimos, fastidiados por las circunstancias que conlleva de soportar su enfermedad, los horarios, la falta de recursos económicos, los cambios en su entorno social a diferencia del 43% indicaron que se han resignado al cambio en su entorno social y familiar. Existe la prevalencia de síntomas de irritabilidad en un 57% de los pacientes.

**5. ¿Tienes insomnio?**

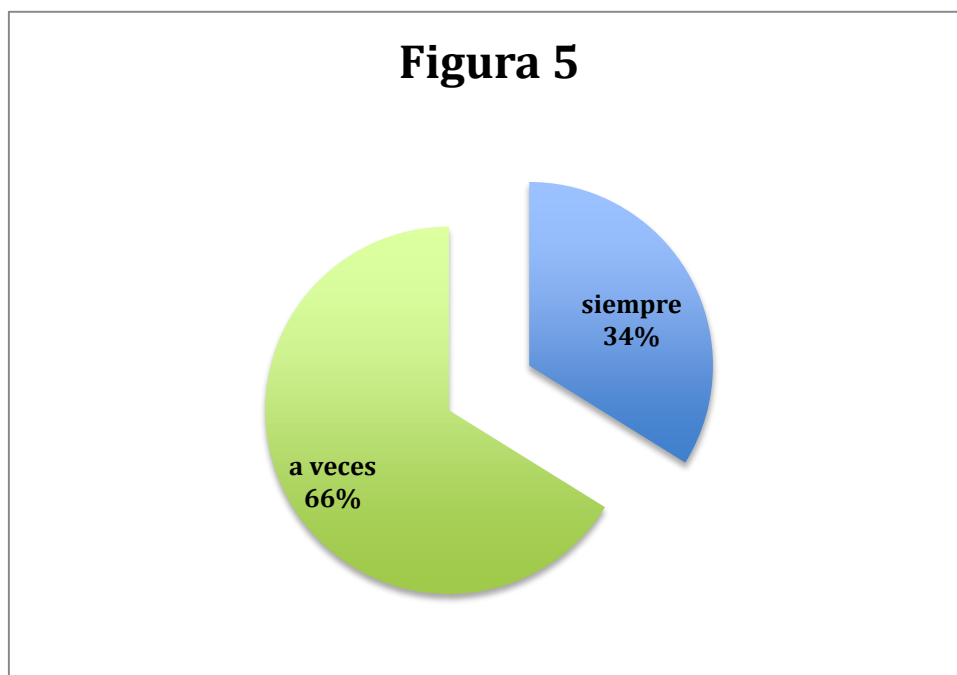
**Tabla 5:** Tiene insomnio

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PORCENTAJE</b>
siempre	22	34%
nunca	0	0%
a veces	43	66%
<b>TOTAL</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Autora

## Análisis e interpretación de datos:



El 34% de los pacientes manifestaron tener dificultades para conciliar el sueño teniendo despertares en la madrugada a diferencia del 66% indicaron que a veces presentan síntomas de insomnio debido a la enfermedad renal razón por lo cual tienen que tomar fármacos para dormir. Existe la prevalencia de síntomas de insomnio en un 34% de los pacientes con uno y dos años en tratamiento de hemodiálisis.

### 6. ¿Teme que algo malo le pase?

**Tabla 6:** Temor al futuro

ALTERNATIVAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
siempre	65	100%
nunca	0	
a veces	0	
<b>TOTAL</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Autora

**Figura 6**



**Análisis e interpretación de datos:**

El 100% de los pacientes declararon sentir temor de que algo malo pueda pasar en un futuro, indicando una visión negativa. Se observó síntomas de ansiedad.

**7. ¿Considera que es mejor la muerte que seguir viviendo?**

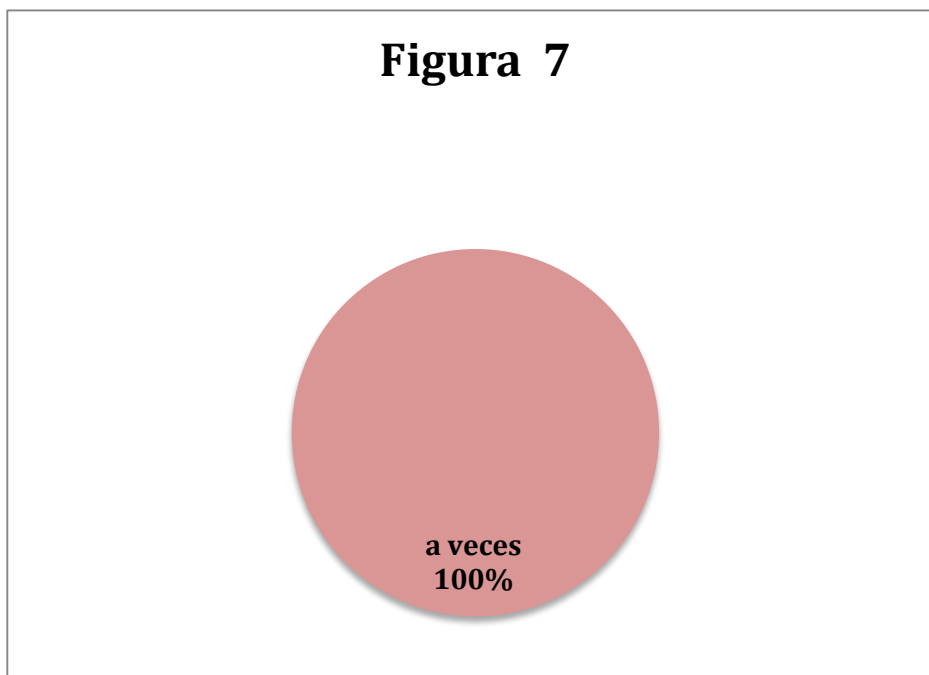
**Tabla 7: Satisfacción por la vida**

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PORCENTAJE</b>
siempre	0	0%
nunca	0	
a veces	65	100%
<b>TOTAL</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Autora

**Figura 7**



**Análisis e interpretación de datos:**

Se logró evidenciar que el 100% de los pacientes comentaron que al inicio de la enfermedad tuvieron pensamientos acerca de la muerte pero el apoyo de sus familiares ha sido fundamental para afrontar los cambios en sus vidas. Se observó la prevalencia de pensamientos negativos al inicio de la enfermedad en los pacientes que tienen menos de un año en tratamiento.

**8. ¿Te sientes a menudo abandonada?**

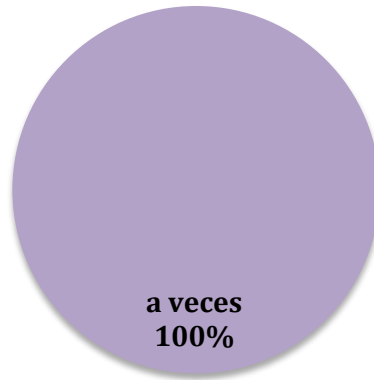
**Tabla 8: Sentimientos de abandono**

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PORCENTAJE</b>
siempre	0	0%
nunca	0	
a veces	65	100%
<b>TOTAL</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Autora

**Figura 8**



**Análisis e interpretación de datos:**

Se consiguió evidenciar que el 100% de los pacientes evaluados a veces tienen pensamientos de abandono, se sienten solos por enfrentar su enfermedad porque los aísla socialmente por el cambio radical que deben hacer en sus horarios. Se observó síntomas de soledad, desamparo.

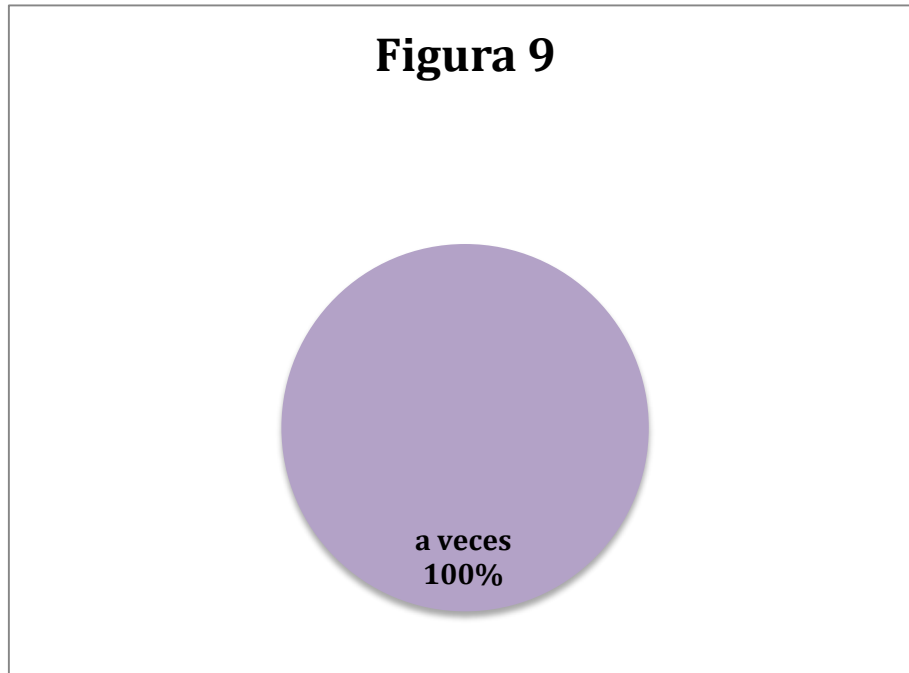
9. ¿Prefieres quedarse en casa, porque no encuentra satisfacción alguna salir a dar cortos paseos?

**Tabla 9: Satisfacción por la vida**

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PORCENTAJE</b>
siempre	0	0%
nunca	0	
a veces	65	100%
<b>TOTAL</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Autora



**Análisis e interpretación de datos:**

Se logró justificar que el 100% de los pacientes prefiere salir a quedarse en casa, para evitar los pensamientos negativos de sentirse inútiles. En conclusión se evidencia un mecanismo de defensa de negación frente a su condición.

**10. ¿Tienes problemas de memoria muy seguida?**

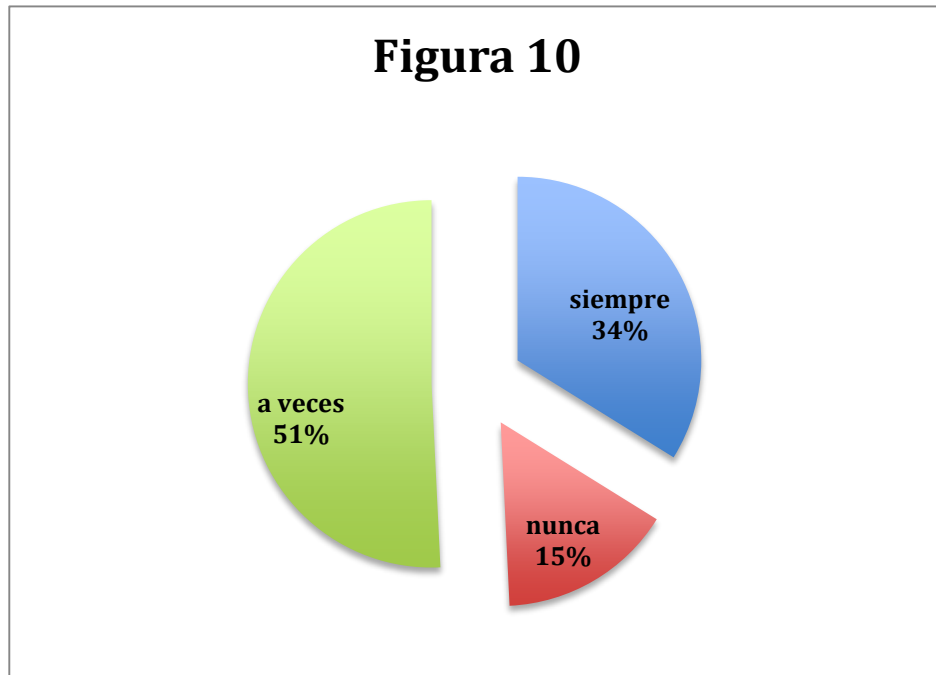
**Tabla 10: Problemas de la memoria**

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PORCENTAJE</b>
siempre	22	34%
nunca	10	15%
a veces	33	51%
<b>TOTAL</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Autora

**Figura 10**



**Análisis e interpretación de datos:**

Se demostró que el 34% de los pacientes tiene problemas de la memoria, el 15% respondió que no presenta problemas de la memoria, el 51% indica que a veces. Se evidenció un porcentaje significativo de manifestación de síntomas depresivos como es la falta de concentración, pensamiento lento.

**11. ¿Piensa que es bonito vivir?**

**Tabla 11: Satisfacción por la vida**

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PORCENTAJE</b>
siempre	50	77%
nunca		
a veces	15	23%
<b>TOTAL</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Autora



**Figura 11**



**Análisis e interpretación de datos:**

Se evidencio que el 77% lo cual representa a 50 pacientes respondieron que es bonito vivir a diferencia del 23% indicaron que a veces observan sus vidas como algo bueno y bonito. El 23% representa un porcentaje considerable frente a la realidad de su patología, observando síntomas de tristeza persistente.

**12. ¿Se siente desesperado?**

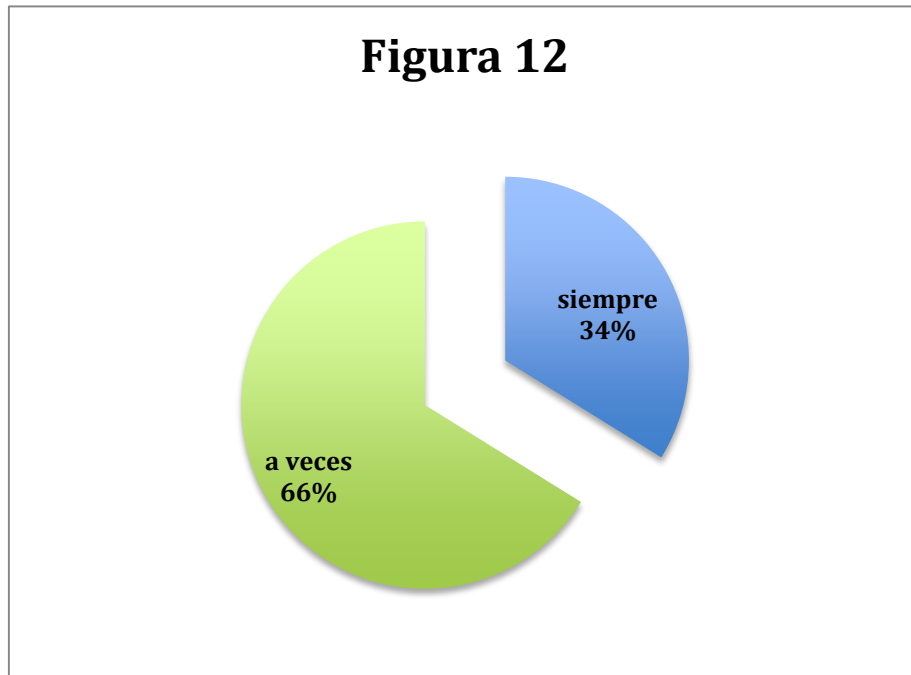
**Tabla 12: Ansiedad, inutilidad**

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PORCENTAJE</b>
siempre	22	34%
nunca		
a veces	43	66%
<b>TOTAL</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Autora

**Figura 12**



**Análisis e interpretación de datos:**

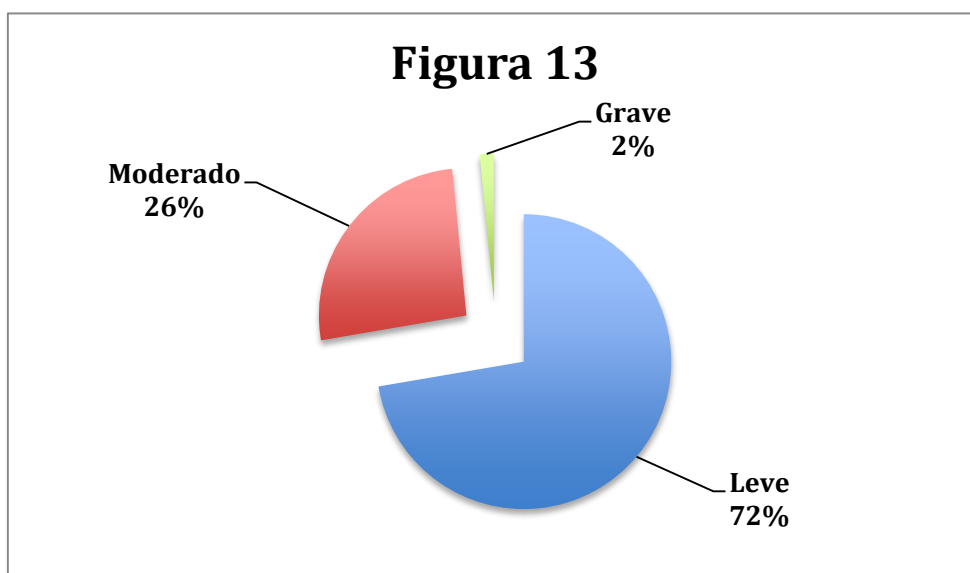
Se evidencio que el 34% lo cual representa a 22 pacientes respondieron sentirse desesperados por su condición física y su mala situación económica para poder cubrir los gastos del tratamiento; a diferencia del 66% indicaron que a veces se sienten desesperados por la enfermedad pero han aprendido a ser resistentes y no darse por vencido. El 34% representa un porcentaje considerable observando síntomas de ansiedad inutilidad, desesperanza.

**Resultados de la tabulación realizada a los pacientes de la clínica de hemodiálisis Contigo.**

**Tabla 13: Cuadro depresivo**

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Leve	47	72%
Moderado	17	27%
Grave	1	2%
<b>TOTAL</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta  
Elaborado por: Autora



**Análisis e interpretación de datos:**

Se evidencio que de 65 pacientes; el 72% presento manifestaciones de síntomas depresivos leves; 27% presento manifestaciones de síntomas moderados y el 2% representa un caso depresivo grave por la decepción de su condición de salud, además de la situación de abandono por parte de la familia.

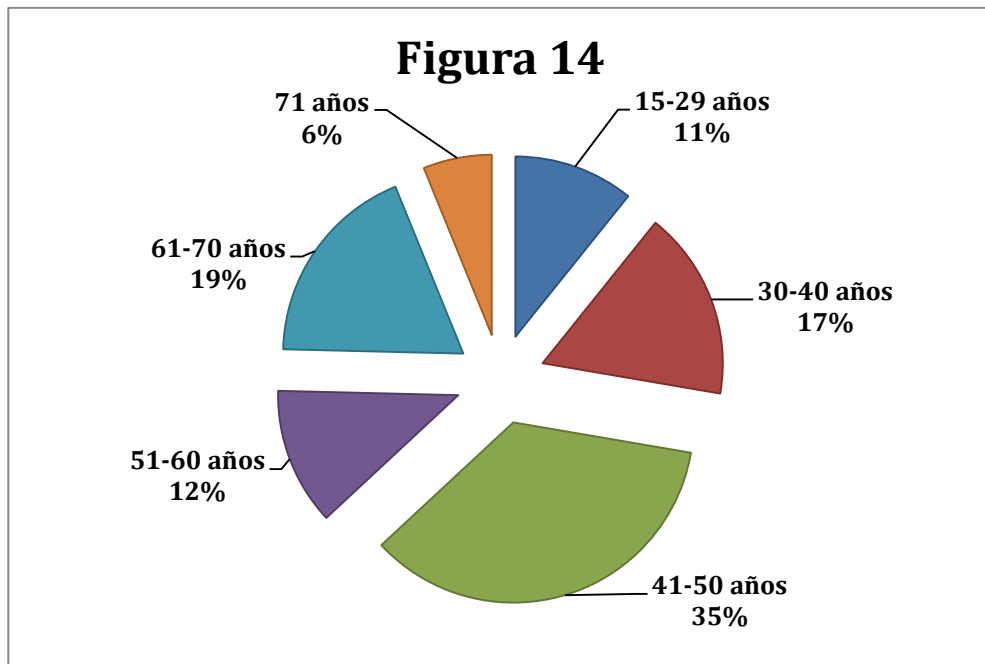
## Pacientes por edad que reciben diálisis

Tabla 14: Por edades

EDADES	CANTIDAD	PORCENTAJE
15-29 años	7	11%
30-40 años	11	17%
41-50 años	23	35%
51-60 años	8	12%
61-70 años	12	19%
71 años	4	6%
<b>TOTAL</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Autora



### Análisis e interpretación de datos:

Se evidencio que en la distribución de pacientes por edad el 11% representa a paciente entre 15-29 años, un 17% de 30-40 años, 35% de 41-50 años, 12% de 61-70 años y el 6% de pacientes con 71 años de edad. Existe una mayor prevalencia del 35% de casos de pacientes con enfermedad renal a partir de los 41 a 50 años.

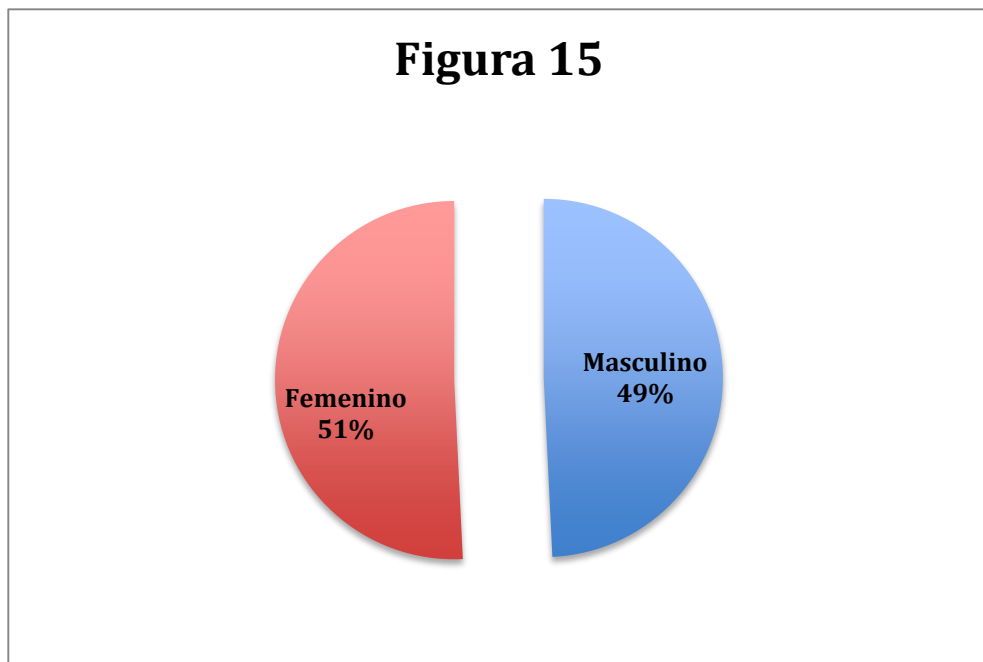
## Pacientes por sexo que reciben diálisis

Tabla 15: Por sexo

SEXO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Masculino	32	49%
Femenino	33	51%
<b>TOTAL</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Autora



### Análisis e interpretación de datos:

De los 65 pacientes renales, el 51% pertenecen al sexo femenino; siendo en un 49% la población del sexo masculino que recibe tratamiento de hemodiálisis.

## Estado civil de los pacientes

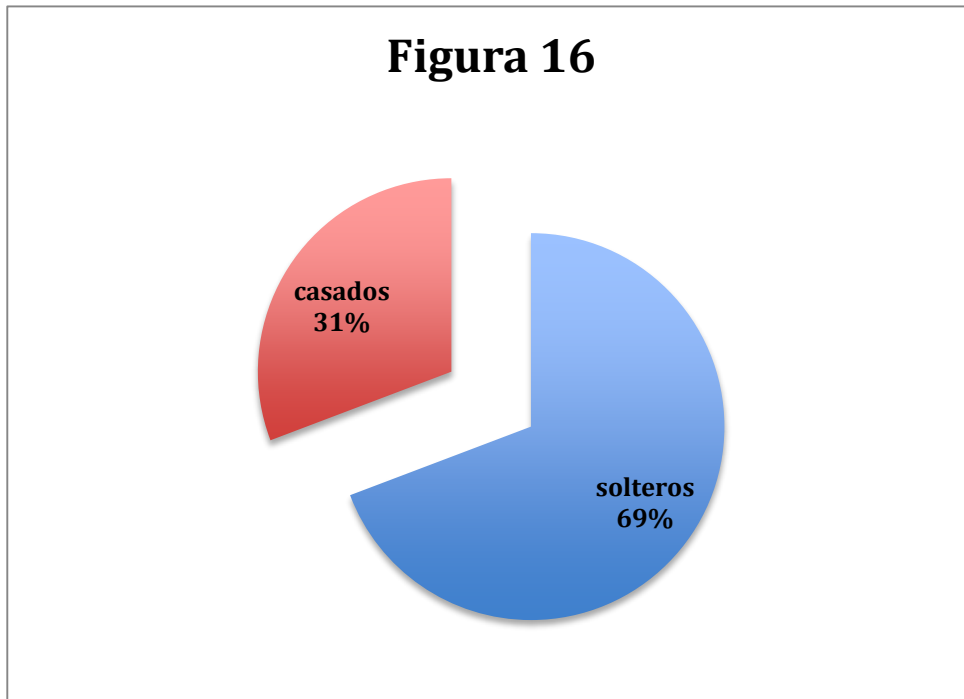
**Tabla 16: Estado Civil**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Solteros	45	69%
Casados	20	31%
<b>TOTAL</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Autora

**Figura 16**



### **Análisis e interpretación de datos:**

De los 65 pacientes renales, el 69% su estado civil es soltero; siendo una minoría del 31% de la muestra su estado civil casados. Refleja la prevalencia del 69% de pacientes renales solteros lo cual incide en las manifestaciones depresivas en síntomas de minusvalía y soledad.

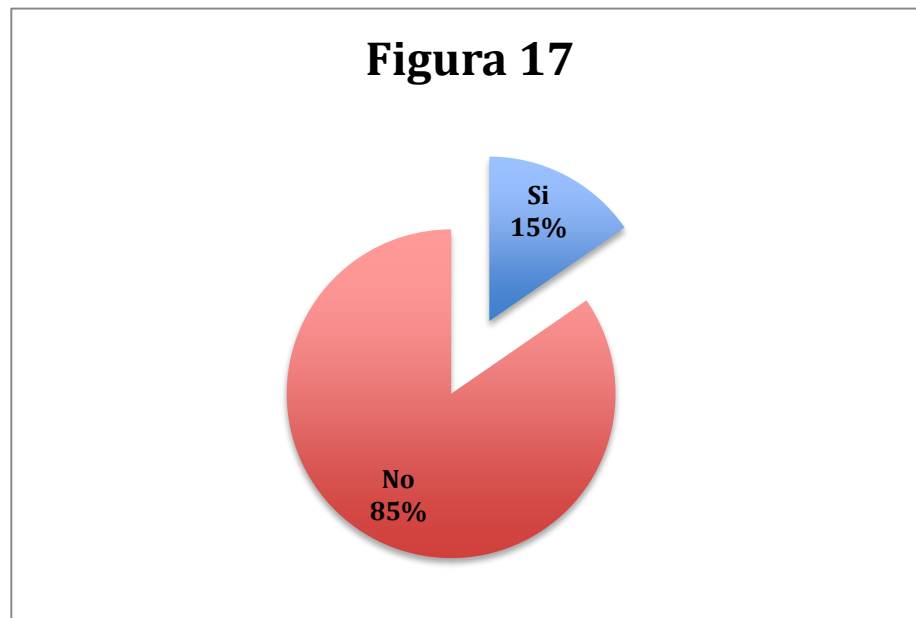
## Pacientes activos laboralmente

**Tabla 17: Activos laboralmente**

ACTIVO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Si	10	15%
No	55	85%
<b>TOTAL</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Autora



### Análisis e interpretación de datos:

De los 65 pacientes renales, el 85% está inactivo laboralmente; solo un 10% indicó Si trabajar en sus negocios en casa: sea agricultura, venta de mercadería. El 10% se encuentra activo laboralmente, se observó una visión menos pesimista del futuro y mejor adaptación al tratamiento.

## **3.2. Conclusiones específicas y general.**

### **3.2.1. Específicas**

- Las manifestaciones depresivas más frecuentes en los pacientes fueron estados de ansiedad, irritabilidad, desanimo, visión negativa de su situación actual; confirmando que si influye negativamente en las etapas de adaptación y aceptación del tratamiento de hemodiálisis.
- Además de la sintomatología física es necesario considerar el padecimiento de los pacientes renales en la evaluación, pronóstico y tratamiento desde una visión humana integral, donde la atención psicológica es fundamental en la detección de las manifestaciones depresivas.
- De acuerdo a los resultados obtenidos, se considera necesario la creación y ejecución del plan de afrontamiento de terapias de grupo para mejorar el proceso de vivir en diálisis de los pacientes.

### **3.2.2. General**

En base al análisis de los resultados de los test, se determinó que los niveles depresivos en los pacientes con enfermedad renal crónica están distribuidos en leve 72%, moderado 27% y grave 2%; mencionando que estos niveles de manifestaciones depresivas repercuten en la conducta y la adaptación al tratamiento en todas las etapas de la enfermedad.



### **3.3. Recomendaciones específicas y general.**

#### **3.3.1. Específicas**

- Tratar las manifestaciones depresivas más frecuentes en los pacientes, aplicando las estrategias de afrontamiento centradas en el problema y las emociones en el manejo de los sucesos estresantes.
- Se recomienda la aplicación del protocolo psicológico porque permite la detección de las manifestaciones depresivas de los pacientes renales de la clínica Contigo.
- Es necesario la implementación del plan de afrontamiento de terapias de grupo en doce encuentros para mejorar el proceso de vivir en diálisis de los pacientes.

#### **3.3.2. General**

En base al análisis de los resultados de los test, se determinó que los niveles depresivos en los pacientes con enfermedad renal crónica están distribuidos en leve 72%, moderado 27% y grave 2%; por lo que se recomienda observar los cambios de comportamiento en los pacientes con la finalidad de mejorar la aceptación y adaptación al tratamiento hemodialítico.

## **CAPÍTULO IV. PROPUESTA TEÓRICA DE APLICACIÓN.**

### **4.1. PROPUESTA DE APLICACIÓN DE RESULTADOS**

#### **4.1.1. Alternativa obtenida**

Plan de afrontamiento para mejorar el proceso de vivir en diálisis de los pacientes que acuden a la Clínica Contigo de la ciudad de Quevedo.

#### **4.1.2. Alcance de la alternativa**

La presente investigación tiene como finalidad beneficiar al paciente y sus familiares para que puedan lograr una mejor calidad de vida y sea más tolerable su enfermedad al colaborar con el área de psicología de la clínica con información que ayude a la oportuna atención de las manifestaciones depresivas a través del proceso de vivir en diálisis con la utilización de terapias en grupo bajo la corriente cognitiva-conductual.

Al igual el beneficio para los estudiantes de Psicología Clínica constituyendo una oportunidad para construir nuevos conocimientos, beneficiándose el área de psicología clínica de la Universidad en ampliar la investigación en este campo de la salud en el tratamiento psicológico en pacientes crónicos renales.

#### **4.1.3. Aspectos básicos de la alternativa**

##### **4.1.3.1. Antecedentes**

La enfermedad renal crónica, genera mayor deterioro en el aspecto emocional, físico, funcional y psicosocial, debido a que implican un deterioro lento, progresivo e irreversible de la función renal durante meses o años. Siendo una enfermedad crónica con más incidencia en la actualidad en Ecuador tomando referencia del informe anual de salud y nutrición en el 2015 se estimó un total de 11.460 personas con insuficiencia renal.

Situación actual en la Clínica Contigo en el área de nefrología donde un total de 65 pacientes tomado como muestra en una de las salas y en el turno de la mañana son atendidos en tratamientos de hemodiálisis. Indicando que un mismo paciente puede recibir diferente tipos de terapia durante el curso de la enfermedad, lo cual afecta su calidad de vida de diferentes maneras:

Factores estresantes matrimoniales y familiares, dependencia forzada del personal y sistema hospitalario, restricciones alimentarias, limitaciones funcionales, pérdida total o disminución de la capacidad de empleo, cambios en la percepción de sí mismo, alteraciones en el funcionamiento sexual, percepción de los efectos de la enfermedad, uso de medicamentos para tratar la enfermedad y temores relacionado con la muerte.

#### **4.1.3.2. Justificación**

En el campo de las enfermedades físicas catastróficas la dificultad radica en establecer, dentro de las variables psicológicas, cuales tienen un mayor peso específico a la hora de decidir las estrategias de afrontamiento para dichos pacientes. Considerando que el ser humano es un ser biopsicosocial e inserto en el tiempo, lo que piensa, siente, imagina, posee una importancia mucho mayor en el pronóstico y evolución de cualquier enfermedad, indicando que estos aspectos influyen en la calidad de vida del enfermo renal.

Razones importantes en las que se fundamenta la propuesta alternativa de elaborar un plan de afrontamiento para mejorar el proceso de vivir en diálisis de los pacientes que acuden a la Clínica Contigo. Permitiendo apoyar terapéuticamente a los pacientes en el aprendizaje diario de cómo manejar los sucesos estresantes de la enfermedad.

## **4.2. Objetivos**

### **4.2.1. General**

Elaborar un plan de afrontamiento para mejorar el proceso de vivir en diálisis de los pacientes que acuden a la Clínica Contigo de la ciudad de Quevedo.

#### **4.2.2. Específicos**

- Organizar la estructura del plan de afrontamiento.
- Socializar el plan de afrontamiento con la Unidad de psicología, nutrición, trabajo social de la institución.
- Socializar el plan de afrontamiento con los familiares y pacientes.
- Aplicación del plan de afrontamiento a los pacientes de la Clínica Contigo.

#### **4.3. Estructura general de la propuesta**

##### **4.3.1. Título:**

Plan de afrontamiento para mejorar el proceso de vivir en diálisis de los pacientes que acuden a la Clínica Contigo de la ciudad de Quevedo.

##### **4.3.2. Componentes:**

El cumplimiento de los objetivos específicos de la propuesta, se realizaran de la siguiente manera:

- Breve reseña:
- Ubicación sectorial y física
- Soporte teórico de la propuesta
- Cronograma
- Organizar la estructura del plan de afrontamiento.
- Recursos humanos
- Criterios de evaluación
- Glosario de términos.

**PLAN DE AFRONTAMIENTO PARA MEJORAR EL PROCESO DE VIVIR  
EN DIALISIS  
DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL  
DE LA CLINICA CONTIGO QUEVEDO.**



**Breve reseña:**

La enfermedad renal exige de la persona cambios adaptativos tanto físicos como emocionales, derivados del estrés por el efecto de los tratamientos, los obstáculos personales, sociales, laborales.

### **Ubicación sectorial y física:**

La propuesta se va a realizar en el sector de la avenida Quito 829 calle fausto torres en el centro de diálisis de la clínica contigo, ubicada en la provincia de Los Ríos, ciudad de Quevedo.

### **SopORTE teórico de la propuesta:**

#### **Proceso de adaptación del paciente al tratamiento de hemodiálisis**

- Fase inicial: En la primera semana de aplicar la diálisis y se extiende unos meses, porque se pasa de gran malestar físico a otro de recuperación por el tratamiento.

Cambios psicológicos: se niega la existencia del diagnóstico, se presentan mecanismos de defensa negación, cambio en el estado de ánimo (tristeza, llanto), ansiedad (miedo); en la vida social (aislamiento, irritabilidad) y lo conductual ingesta de alimentos y bebidas prohibidos en la dieta.

- Fase intermedia: Siendo la etapa de desánimo, debido que al iniciar sus actividades diarias, el paciente observa ciertas limitaciones para realizar sus actividades diarias las mismas que prevalecen algunos meses.

Cambios psicológicos: Puede variar no todos los casos es igual, se observa mayor conciencia de los cambios que se debe hacer en todos los ámbitos de la vida, va depender de la edad, rol que desempeñaba en la familia, el estado civil, situación económica, lo que genera cambios importantes de la percepción respecto de todas las áreas; la valoración negativa de sí mismo puede obstaculizar más de lo que la enfermedad le impone.

- Fase de adaptación: Es la etapa de largo plazo cuando el paciente es consciente de sus limitaciones, conoce de manera específica la enfermedad y su evolución, reorganizando su vida en función de las condiciones que vive.

Cambios psicológicos: Presenta cambios en el estado de ánimo, afectando en su salud, tratamiento y evolución de la enfermedad provocando un fuerte desequilibrio emocional que le demandara reestructurar nuevos valores en su sistema de creencias.

Presentándose la cuarta etapa, bajo un nivel de readaptación, reconstruir su imagen personal, relaciones sociales, familiares, laborales, reorganizando su nuevo proyecto de vida. Los pacientes que no superan la primera, la segunda, tercera etapa retardan el tratamiento desarrollando trastornos psicológicos percibiendo solo lo negativo de la enfermedad y no las alternativas pueden generar marginación social, dependencia y pasividad general.

El buen manejo de la etapas dependerá del paciente, no todos los casos son iguales el tratamiento psicológico es fundamental desde la etiología de la enfermedad hasta la evolución.

La intervención psicológica a nivel cognitivo, emocional, conductual y social contribuye a mejor afrontamiento de la enfermedad y cada etapa a superar.

### **Recursos del afrontamiento**

Se puede emplear múltiples estrategias de afrontamiento para manejar una situación estresante, cada individuo tiene una propensión a utilizar una serie determinada de estrategias en situaciones problemáticas. A esto se le llama estilo de afrontamiento. Por ejemplo, existen personas que casi de forma repetida tienden a contarles sus problemas a los demás, mientras que otras se los guardan para sí mismo. Observemos algunos ejemplos:

- Persona evitadora y confrontativa: la persona evitadora minimiza el problema, la confrontativa es vigilante busca información del problema.
- Catarsis: expresar los propios sentimientos y estados emocionales intensos puede ser eficaz para afrontar situaciones difíciles en efecto hablar, comunicar

nuestras preocupaciones tiene el efecto de reducir tanto la probabilidad de que se produzcan rumiaciones obsesivas.

- Uso de estrategias flexibles.

### **Factores de la personalidad**

- Búsqueda de sensaciones: las personas buscadoras de nuevas sensaciones no les incomoda tomar riesgos, presentando mayor tolerancia al estrés en situaciones incómodas.
- Sensación de control: siendo un modulador de los efectos de un estresor.
- Optimismo: expectativa de que los resultados serán positivos. Las personas con una actitud optimista tienden a manejar mejor los síntomas de enfermedades catastróficas.

### **Recursos y eventos adversos externos**

- Recursos externos: como educación, dinero, nivel de vida, apoyo social recibido.
- Eventos adversos: la existencia de estresores simultáneos como una relación difícil de pareja, dificultades económicas.

Estos dos elementos pueden interferir de manera diferente: En primer lugar, puede afectar de forma directa en las capacidades de afrontamiento de un individuo ante cualquier tipo de estresor, o bien pueden actuar como un amortiguador del efecto estresor.

El apoyo social hace referencia a sentirse protegido y valorado por la persona cercana. Este puede considerarse como un recurso o estrategia de afrontamiento, es considerado un mecanismo efectivo que la gente valora para afrontar situaciones emocionales difíciles y como un amortiguador del estrés. Ejemplo: “La



falta de personas en quien confiar en momentos difíciles eleva el riesgo de episodios depresivos en personas con estado de ánimo vulnerable.”

### **Factores de riesgo enfermedad renal crónica.**

Existen 5 grupos de pacientes con alto riesgo para desarrollar ERC:

- Pacientes con hipertensión arterial.
- Pacientes diabéticos.
- Pacientes mayores de 60 años.
- Pacientes con enfermedad cardiovascular.
- Familiares de pacientes en diálisis o que han recibido un trasplante renal.

### **Manifestaciones clínicas de la enfermedad renal crónica.**

- **Gastrointestinales:** Lengua saburral, anorexia, náuseas, vómitos, hipo, hemorragia, estreñimiento, diarrea.
- **Neurológicos:** Cefaleas, menoscabo mental, calambres, picores, temblor, mareos, vértigo.
- **Cardiovasculares:** Hipertensión arterial, disnea, edemas, insuficiencia cardíaca.
- **Oculares:** Calcificaciones corneales, conjuntivas rojas, retinopatías.
- **Cutáneas:** Palidez, escarcha ureica, piel seca, lesiones de rascado.
- **Hematológicas:** Anemia, hematomas, hemorragias.
- **Esqueléticas:** Dolores óseos, deformidad, raquitismo, osteomalacia.
- **Genitourinarias:** Amenorrea, poliuria, nicturia.

## Clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica.

Estadio	Descripción	Filtrado glomerular (FG)
1	Daño renal con FG normal	$\geq 90$
2	Daño renal con FG ligeramente disminuido.	2 60-86
3	FG moderadamente disminuido	30-59
4	FG gravemente disminuido	15-29
5	Fallo renal	< 15 o diálisis

Fuente: Hall Ramírez (2003)

Compilado: Autora

### Pruebas Renales

- Tasa de filtración glomerular: análisis de sangre
- Prueba de creatinina en sangre y orina.
- Análisis de albúmina en orina.
- Prueba de imagen como una ecografía de los riñones.

### Actitudes, estilo de vida, tratamiento

**Ejercicio físico:** Como norma revisada en el tratamiento, se recomienda de 30-60 min de ejercicio moderado de 4 a 7 días por semana cuando la enfermedad renal no se encuentra en estado crónico.

**Dieta:** La dieta es individualizada para cada paciente para evitar sobrepeso u obesidad, pero también según la función renal del paciente y la existencia de otros factores de riesgo en los que este indicada alguna restricción.

- El consumo diario de sal ha de ser menor de 6 g (equivale a 2,4 g de sodio). En fases iniciales de la enfermedad renal una restricción de sal más estricta se aplicará únicamente a los pacientes hipertensos. La dieta debe completarse con restricción de potasio y fósforo y aporte de vitamina D.

- La dieta es el determinante principal de los niveles de colesterol. Se recomienda que el 30% o menos de las calorías totales procedan de alimentos grasos y que menos de un 10% sean grasas saturadas. En cuanto al consumo de colesterol se aconseja que no se consuman más de 300 mg diarios.

**Tabaquismo:** El hábito de fumar representa uno de los factores directos en la progresión de la enfermedad renal, en los paciente con ERC debemos preguntarle por el consumo de tabaco realizando un consejo empático, pero firme y motivado para dejar de fumar y se hará énfasis en los beneficios esperados individuales y en las posibles ayudas para conseguirlo (psicológico, terapia de sustitución de nicotina, farmacológico.)

**Obesidad:** El hábito de comer grasas saturadas debe disminuir en pacientes detectados con insuficiencia renal, el tratamiento no debe ser farmacológico se recomienda la realización de ejercicios moderados y dieta hipocalórica.

**Hipertensión:** La evaluación realizada por el médico consiste en un examen físico completo. La adopción de un estilo de vida saludable forma parte del manejo del paciente hipertenso y es donde interviene la atención del psicólogo mediante el programa terapéutico tratar temas como:

- Suspensión del tabaquismo
- Reducción del peso corporal
- Reducción de alcohol
- Ejercicio físico
- Dieta, reducción de ingesta de sal
- Dieta, cumplimiento.

**Diabetes mellitus:** La evaluación usualmente aparece en personas jóvenes, con mayor frecuencia 15 y 20 años, aunque puede comenzar antes de los 40 años, siendo personas no obesas que manifiestan los síntomas y signos clásicos. Un cambio en el estilo de vida permitirá hacer menos estresante la enfermedad.

Indicando que un pilar importante que contribuirá al control efectivo es la educación donde el paciente participa día a día en el control de los niveles de la glicemia, se considera parte del tratamiento que tenga conocimiento para mejorar los hábitos y las motivaciones.

**Insomnio:** Es el trastorno del sueño frecuente y de mayor prevalencia con consecuencias negativas sobre la actividad diaria y la calidad de vida del paciente con enfermedad renal debido a la ansiedad propia de la enfermedad y los efectos de las náuseas, vómitos y otros síntomas frecuente en las etapas de adaptación.

**Medidas no farmacológicas higiene del sueño:** Aumentar la actividad diaria, evitar la estimulación ambiental excesiva (luz, ruido, calor) y facilitar un ambiente agradable (temperatura, luz, música, ventilación) suspender sustancias estimulantes (cafeína, nicotina, alcohol); evitar dormir en las tardes, ingesta de alimentos en exceso antes de dormir.

**Medidas no farmacológicas higiene del sueño:** Abordaje terapéutico técnicas específicas para el manejo del insomnio.

- Respiración profunda y diafragmática.
- Relajación muscular progresiva.
- Técnicas distractoras
- Expresar al terapeuta si existe preocupación o miedos asociados a la muerte.
- Meditación.

**Medidas farmacológicas higiene del sueño:** Recomendadas por el especialista nefrólogo.

#### **Ansiedad en el paciente renal:**

La ansiedad se considera un estado emocional en el que el paciente se siente nervioso, preocupado o atemorizado de forma desagradable y que cursa con

síntomas físicos y psíquicos, apareciendo asociado a manifestaciones somáticas. Es una reacción autónoma del organismo tras la presentación de un estímulo nocivo.

La ansiedad se manifiesta con la presencia de irritabilidad, dificultades para conciliar o mantener el sueño, dificultades de atención y concentración, aprensión duradera, disminución del rendimiento intelectual, inquietud, preocupación excesiva y alerta. Se considera que la ansiedad se manifiesta en el momento del diagnóstico o cuando está esperando el tratamiento sustitutivo.

Criterio diagnóstico: Puede ser somático, cognitivo o conductuales.

Somático: Alteración del ritmo cardíaco, sensación de ahogo, disnea, opresión torácica, molestia gástrica, náuseas, vómitos, inestabilidad, mareos, cefalea, tensión muscular, sudoración, escalofríos, temblores, cansancio, dolor, pérdida del apetito, insomnio, disminución de la libido.

Cognitivo: Alteración del pensamiento, negativo, distorsionado y recurrente acerca de la enfermedad, el pronóstico y el tratamiento, miedo acerca de la muerte y la dependencia de los demás, sobregeneralización, catastrofismo, magnificación de los aspectos negativos y minimización de los positivos, pensamiento de culpa.

Conductuales: aislamiento social, evitación, irritabilidad, mutismo, verborrea, inquietud, agitación psicomotriz, hiperactividad.

Los trastornos de ansiedad crónicos, puede presentarse fobias específicas como fobia a la sangre, inyecciones, claustrofobia y esto puede interferir con el tratamiento.

### **Condiciones médicas:**

- Cardiovasculares: angina de pecho, arritmia, enfermedad vascular.
- Endocrinas: hipertiroidismo, hipotiroidismo.
- Metabólicas: hipoglucemia

- Neurológicas: encefalopatía, vértigo.
- Respiratorias: asma, edema pulmonar.
- Inmunológicas: lupus

### **Diagnóstico diferencial:**

Es fundamental establecer un adecuado diagnóstico diferencial, evaluando la sintomatología ansiógena y su etiología detalladamente. Diferenciando de los trastornos de ansiedad por enfermedad médica, debido a la medicación, debido al tratamiento (hemodiálisis), por el consumo de sustancias (alcohol o benzodiazepinas, síndrome de abstinencia a la nicotina).

### **Tratamiento con medidas no farmacológicas:**

Se basan en la psicoterapia de soporte emocional y las técnicas cognitivo-conductuales. Es importante que el paciente aprenda estrategias dirigidas al reconocimiento de los síntomas de ansiedad, la identificación de la fuente de los mismos, modificaciones, modelar dialogo interno mediante técnicas cognitivas, control de pensamientos, fomentar la prevención de respuestas, habilidades de comunicación, asertividad, escucha activa.

### **Depresión en el paciente renal:**

Se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, impotencia frente a las exigencias de la vida; pero es importante mencionar que se hará énfasis en la esfera afectiva debido a las complicaciones médicas que presenta la enfermedad.

### **Detectar un cuadro depresivo mayor en pacientes renales.**

Episodio depresivo mayor debe distinguirse de un trastorno del estado de ánimo debido a la enfermedad médica, el diagnostico apropiado es trastorno del estado de ánimo por enfermedad médica si la alteración del estado de ánimo se considera

un efecto fisiológico directo de la enfermedad; se determinara revisando la historia clínica, análisis de laboratorio, revisión física por parte de medicina interna.

**Condiciones médicas:**

- Cardiovasculares: angina de pecho, arritmia, enfermedad vascular.
- Endocrinas: hipertiroidismo, hipotiroidismo.
- Metabólicas: hipoglucemia
- Neurológicas: encefalopatía, vértigo.
- Respiratorias: asma, edema pulmonar.
- Inmunológicas: lupus

**Criterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor según DSM-5**

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.

(1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.

(2) Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)

(3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días

(4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

(5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.

(6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

(7) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

(8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

(9) Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

### **Programa de apoyo a familiares y pacientes con ERC**

El programa consiste en dotar a los familiares de estrategias que servirán para sobrellevar la enfermedad del paciente y afrontar de la mejor manera los problemas cotidianos, emocionales y conductuales.

PACIENTE:

- Información de la enfermedad.

¿Que entendemos por impacto de la enfermedad?

Son las alteraciones que se producen en la vida del paciente como consecuencia de la enfermedad y el mayor impacto se produce con el inicio del tratamiento, existen dos momentos difíciles que exponen al paciente y a la familia a un mayor sufrimiento.



- La notificación de la enfermedad y la necesidad de diálisis
- El inicio de la diálisis.

**FAMILIA:**

- Prevenir que el paciente con una enfermedad crónica presente una larga serie de déficit en las áreas social, ocupacional, económica, cuidado y ocio de forma que consiga una socialización y adaptación normal.
- Apoyo psicológico al familiar o cuidador, para fomentar el aprendizaje de las habilidades para saber convivir con la enfermedad.

**INFORMACION AL PACIENTE-FASE INICIAL DEL PROGRAMA:**

- Fase de evaluación inicial, para conocer las condiciones psicosociales del paciente y su familia.
- Fase de información, se informa al paciente y familiares el origen, síntomas, curso y tratamiento de la enfermedad que padece el paciente.
- Fase de entrenamiento de estrategias de afrontamiento en función de las 12 sesiones del programa.

➤ Organizar la estructura del plan de afrontamiento-Sesiones:

SESIONES	ACTIVIDADES
N.1 Presentación del grupo y evaluación pre test.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Objetivos terapéuticos</li> <li>- Tratamiento grupal</li> <li>- Presentación de cada paciente del grupo.</li> </ul>

N.2 Psicoeducación.	- Ofrecer a los pacientes información sobre distintos aspectos de la enfermedad.
N.3 Psicoeducación.	- Estrategias terapéuticas de afrontamiento.
N.4-5 Respiración – relajación.	- Abordaje de las técnicas de respiración.
N.6 Técnicas de distracción.	- Técnicas de distracción focalizadas en sus sensaciones corporales y en los pensamientos distorsionados que se presentan en las situaciones de estrés.
N.7-8 Técnicas cognitivas.	- Abordaje de los pensamientos distorsionados, discusión cognitiva, revisión de contenidos de las técnicas.
N.9-10 Técnicas de exposición.	- Técnica de exposición.
N.11 Prevención de recaída.	- Abordaje de prevención.
N.12 Postest y seguimiento.	- Seguimiento

SESIONES	ACTIVIDADES
<p>Previo a la reuniones grupales.</p> <p>El programa está distribuido en 12 reuniones grupales semanales de aproximadamente 2 horas de duración.</p> <p>N.1: Presentación del grupo y evaluación pre test.</p>	<p>Antes de realizar las terapias grupales se realizara una entrevista previa en la que se determina el diagnóstico, se valora el problema, se establecen los objetivos terapéuticos y la conveniencia de participar en el tratamiento grupal.</p> <p>Constituye el pretest de la evaluación: Reunión grupal con los pacientes, en ella se realizara la primera etapa aplicando el inventario STAI-E/R evalúa ansiedad estado, ansiedad rasgo; EA evalúa grado de interferencia del problema en distintas áreas de la vida del paciente, ETT grado de evitación y temor del paciente ante distintas conductas, situaciones que teme y evita. Se socializara con los pacientes los registros a utilizar.</p> <p>Se realizara la presentación de cada paciente del grupo, identificación del paciente en función de su diagnóstico y la valoración de las ventajas de la terapia grupal. Aprendizaje del otro, motivarme,</p>

	<p>cambiar la percepción propia frente a la enfermedad.</p> <p>La tarea para cada paciente es el cumplimiento de cada tarjeta de registro inicial donde se abordara pensamientos negativos, emociones, sensaciones corporales, conductas.</p>
<b>SESIONES</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
<p>El programa está distribuido en 12 reuniones grupales semanales de aproximadamente 2 horas de duración.</p> <p>N.2 : Psicoeducación</p>	<p>Se realiza una sesión psicoeducativa cuyo objetivo es ofrecer a los pacientes información sobre distintos aspectos de la enfermedad, ansiedad, depresión basada en la explicación sencilla y entendible.</p> <p>Temas a tratar:</p> <p>Educación sobre la enfermedad y tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Información y educación terapéutica del paciente.</li> <li>- Control de la prescripción farmacológica.</li> </ul> <p>Tratamiento psicosocial.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Que es la ansiedad.</li> <li>- Que es la depresión.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valor adaptativo de la ansiedad y depresión.</li> <li>- Manifestaciones de la ansiedad y depresión.</li> <li>- Fisiológicas</li> <li>- Cognitivas</li> <li>- Conductuales</li> <li>- Modelo cognitivo</li> </ul> <p>Se incluirán vivencias a partir de ejemplos de los pacientes y sus reacciones durante las etapas de la enfermedad. La tarea para cada paciente es el cumplimiento de cada tarjeta de registro inicial donde se abordara pensamientos negativos, emociones, sensaciones corporales, conductas.</p>
<p>SESIONES</p>	<p>ACTIVIDADES</p>
<p>El programa está distribuido en 12 reuniones grupales semanales de aproximadamente 2 horas de duración.</p> <p>N.3: Psicoeducación.</p>	<p>Temas a tratar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estrategias terapéuticas de afrontamiento.</li> </ul> <p>Mediante la intervención donde los pacientes vayan razonando y deduciendo como sería posible romper el círculo vicioso en el que se mantienen actualmente.</p>

	<p>Se aportara con información de las estrategias de afrontamiento que podría ser de utilidad para intentar modificar su situación actual y disminuir el malestar emocional que les provoca el soportar la enfermedad y adaptarse a los cambios que conlleva.</p> <p>Dichas estrategias son:</p> <p>Entrenamiento en respiración lenta y relajación, técnicas de distracción, reestructuración del pensamiento, ejercicios de exposición.</p> <p>Ejemplos concretos de los pacientes de su experiencia de vida frente a la enfermedad. La tarea para cada paciente es el cumplimiento de cada tarjeta de registro inicial donde se abordara pensamientos negativos, emociones, sensaciones corporales, conductas.</p>
<p style="text-align: center;">SESIONES</p>	<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES</p>
<p>N.4-5: Respiración y Relajación.</p>	<p>Abordaje de las sensaciones corporales mediante el entrenamiento en respiración lenta y relajación.</p> <p>Prueba de hiperventilación para observar la importancia de la respiración en el</p>

	<p>problema y aprender a respirar lentamente hasta llegar a la relajación.</p> <p>Se practica con los pacientes las técnicas de respiración:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Horizontal (acostados, sentados)</li> <li>- Vertical ( de pie, caminando)</li> </ul> <p>Componentes en las técnicas de relajación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Respiración abdominal</li> <li>- Respiración de relajación</li> <li>- Autosugestión</li> <li>- Distención muscular</li> </ul> <p>La tarea para cada paciente es el cumplimiento de cada tarjeta de registro inicial donde se abordara pensamientos negativos, emociones, sensaciones corporales, conductas. Practica de los ejercicios de respiración en casa con la ayuda del familiar cuidador.</p>
SIONES	ACTIVIDADES
N.6: Técnicas de distracción.	<p>Temas a tratar:</p> <p>Abordaje de enseñar técnicas de distracción focalizadas en sus sensaciones corporales y en los pensamientos</p>

	<p>distorsionados que se presentan en las situaciones de estrés.</p> <p>Los tipos de técnicas de distracción:</p> <p>Centrar la atención en el entorno: Consiste que los pacientes observen su entorno y lo describan tomando en cuenta colores, composición, tamaño.</p> <p>Actividades mentales incompatibles: desarrollo de actividades mentales que permitan que el paciente se mantenga distraído, tales actividades serian de acuerdo al gusto del paciente sea pintar, leer, realizar alguna confección manualidad, etc.</p> <p>Cambiar la situación y actividad: se sugiere a los pacientes no estancarse en el pensamiento negativo enseñándoles a reprogramar el pensamiento positivo y buscar distracción sea llenando crucigramas, juego de bingo, cartas, hablar por teléfono, revisar el Facebook, revisar alternativas de música que les produzca felicidad, leer la biblia.</p>
<p>SESIONES</p>	<p>ACTIVIDADES</p>
<p>N.7-8: Técnicas cognitivas</p>	<p>Temas a tratar:</p>



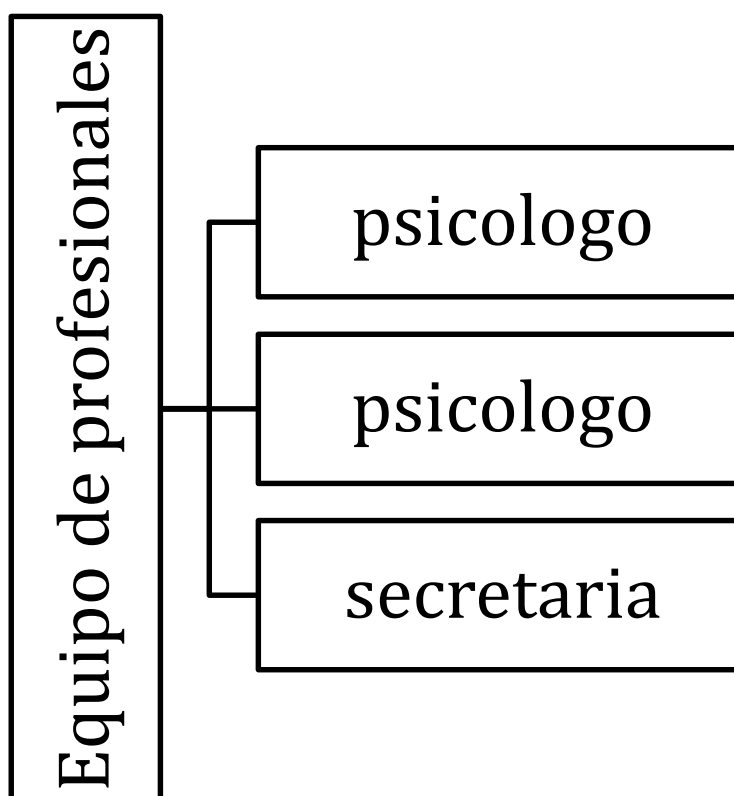
	<p>Abordaje de los pensamientos distorsionados mediante la discusión cognitiva, utilizando ejemplos de pensamientos negativos de cada uno de los pacientes. Los contenidos a revisar son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Influencia del pensamiento en la conducta y emociones.</li> <li>- Identificación de los pensamientos negativos.</li> <li>- Detectar los pensamientos negativos.</li> <li>- Reestructuración del pensamiento.</li> <li>- Psicodrama.</li> </ul> <p>La tarea para cada paciente es el cumplimiento de cada tarjeta de registro inicial donde se abordara pensamientos negativos, emociones, sensaciones corporales, conductas.</p> <p>Practica de los ejercicios de respiración en casa con la ayuda del familiar cuidador.</p>
<b>SESIONES</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
N.9-10: Técnicas de exposición.	<p>Temas a tratar:</p> <p>Abordaje mediante la técnica de exposición para tratar la evitación. Se trata de que los pacientes se expongan a los</p>

	<p>estímulos que temen sin evitarlos ni escapar de ellos.</p> <p>Siguiendo de la escala evitación-temor, se elabora una jerarquía de exposición y se establece los objetivos terapéuticos para cada paciente.</p> <p>Informar a los pacientes del impacto positivo entre evitación y temor de como aprender del miedo está asociado a diferentes situaciones y de las manifestaciones del miedo, ansiedad a lo largo de la exposición.</p> <p>Tareas de cumplimiento llenar el registro de compromiso con el tratamiento apuntando los nuevos cambios en la conducta.</p>
<b>SESIONES</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
<p>N.11: Prevención de recaídas</p>	<p>Temas a tratar:</p> <p>Abordaje en prevención de recaídas</p> <p>Analizar la evolución del problema, atribuyendo la mejoría al tratamiento y al paciente.</p> <p>Presentación del contenido de las sesiones y las técnicas aprendidas.</p>

	<p>Analizar los posibles problemas futuros y su afrontamiento.</p> <p>La tarea para cada paciente es el cumplimiento de cada tarjeta de registro inicial donde se abordara pensamientos negativos, emociones, sensaciones corporales, conductas.</p> <p>Practica de los ejercicios de respiración en casa con la ayuda del familiar cuidador.</p>
<b>SESIONES</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
<p>N.12: Postest y seguimiento.</p>	<p>Temas a tratar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguimiento al mes, a los 3 meses, y 6 meses, servirá para evaluar al paciente y el logro obtenido después de la aplicación de la terapia grupal.</li> </ul> <p>La tarea para cada paciente es el cumplimiento de cada tarjeta de registro inicial donde se abordara pensamientos negativos, emociones, sensaciones corporales, conductas.</p> <p>Practica de los ejercicios de respiración en casa con la ayuda del familiar cuidador.</p>

## Recursos humanos

Para la propuesta se contara con los siguientes profesionales:



## Criterios de evaluación

- Mediante la utilización de la encuesta se consultara a los familiares de los pacientes atendidos sobre el funcionamiento del programa de apoyo psicológico a familiares llevado a cabo por uno de los psicólogos.
- Así mismo se realizara la encuesta de satisfacción del programa a los pacientes para conocer sus opiniones.

- Tabulación y análisis de la encuesta para tomar decisiones de mejoras continuas.

### **Glosario de términos:**

1. **Adaptación:** Estado en el que el sujeto establece una relación de equilibrio y carente de conflictos con su ambiente social.
2. **Adrenalina (y Noradrenalina):** Hormona segregada por las glándulas suprarrenales, cuya función es aumentar la presión arterial y la frecuencia del ritmo cardíaco.
3. **Afectivo, bloqueo:** Incapacidad para expresar afectos o emociones, caracterizada a veces por un estado de estupor.
4. **Aislamiento afectivo:** Es la separación por parte del individuo de las ideas y los sentimientos originalmente asociados a ellas. Se aparta del componente afectivo asociado a una idea determinada (p. ej., acontecimiento traumático), pero se mantiene apegado a sus elementos cognoscitivos (p. ej., detalles descriptivos).
5. **Apnea:** Es el cese de la respiración durante el sueño, presentándose hasta de manera intermitente durante toda la noche. Esta afección del sueño, cuya prolongación puede provocar la muerte por asfixia, genera grandes daños en aquellos que la sufren.
6. **Batería de test:** Conjunto de test que sirven para medir determinados aspectos de la psicología de un sujeto.
7. **Catarsis:** Liberación, a través de la palabra, de las ideas relegadas al inconsciente por un mecanismo de defensa.
8. **Cognostivismo:** Corriente o escuela psicológica orientada básicamente a

estudiar los procesos cognitivos.

9. **Conducta:** La noción de conducta padece de cierta imprecisión. Sinónimo de comportamiento, con dicho término nos referimos a las acciones y reacciones del sujeto ante el medio.
10. **Depresión:** La depresión es un trastorno mental caracterizado fundamentalmente por un bajo estado de ánimo y sentimientos de tristeza, asociados a alteraciones del comportamiento, del grado de actividad y del pensamiento.
11. **Deterioro mental:** Pérdida de algunas de las capacidades intelectuales de la persona.
12. **Plan:** Se desarrolla a través de diferentes programas.
13. **Programa:** Serie de pasos para llevar a cabo el plan.
14. **Amenorrea:** Ausencia de la menstruación.
15. **Poliuria:** Excreción abundante de orina.
16. **Nicturia:** Expulsión involuntaria de orina por la noche.
17. **Hipertiroidismo:** Aumento de la actividad funcional de la glándula tiroides.
18. **Hipotiroidismo:** Disminución de la actividad funcional de la glándula tiroides.
19. **Hipoglucemia:** Disminución de la cantidad normal de la glucosa en la sangre.
20. **Osteomalacia:** Reblandecimiento de los huesos por la pérdida de las sales.
21. **Disnea:** Ahogo, dificultad en la respiración.
22. **Picor:** Sensación molesta que provoca rascarse.
23. **Conjuntivitis roja:** Infección que causa irritación en los ojos.

24. **Angina de pecho:** Molestia en el pecho cuando no hay suficiente irrigación sanguínea.

#### **4.4. Resultados esperados de la alternativa**

Finalizando la investigación se puede afirmar que la propuesta realizada es factible, ya que se cuenta con el aval de los Directivos de la Clínica Contigo Quevedo; debido que aporta a mejorar la aplicación de tratamiento psicológico de afrontamiento que aplique la Unidad de psicología de la institución Contigo.

Así como a mejorar la calidad de vida y adaptación al tratamiento hemodialítico de los pacientes y la oportunidad de los familiares de aportar con su presencia durante el desarrollo del plan de afrontamiento para mejorar la calidad de vida en el proceso de vivir con enfermedad renal.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Caballo, V. (2010). Manual de tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicologicos. Psicología. España: españa siglo xxi.
2. Gavino, a. .. (2012). Guia de ayuda al terapeuta cognitivo conductual. (piramide, ed.) Guia de ayuda al terapeuta cognitivo conductual , 2 (2), 200.
3. Bavin, j. (1987). Problemas de los padres. Atencion en el hogar del niño con paralisis cerebral. Psicología. Mexico: mexico-copilco.
4. Oms. (2017). Informe mundial de enfermedades crónicas. Organización Mundial de la Salud. Mundial: Oms.
5. Ensanut-Ecu 2012 -2015. (2015). Programa Nacional de Salud Renal. Ensanut-Ecu, Ministerio de Salud Publica del Ecuador. Quito: Ensanut-Ecu.
6. Inec. (2017). Depresión-Ecuador en cifras. Inec, Inec. Quito: Inec.
7. Monsalve. (2011). Depresión en pacientes con insuficiencia renal. Universidad de Cuenca, Psicología Clínica. Cuenca: Universidad de Cuenca.
8. Clínica contigo. (2016). Manual de Recursos Humanos. Clínica Contigo, RR.HH. Quevedo: Grupo Dialicon.
9. Beck, A. (2012). Terapia Cognitiva (2012 ed., Vol. 3). (Bilbao, Ed.) España, Bilbao, España: Bilbao.
10. Niddk. (2012). Insuficiencia Renal, PDF. (Salud, Productor, & Salud) Recuperado el 1 de 6 de 2017, de Salud: <http://www.niddk.nih.gov/health-information/information-de-la-sal...edad-de-los-riñones/kidney-failure/pages/insuficiencia-renal.aspx>
11. Perez, M. S. (2014). Psicología, PDF. Recuperado el 12 de 6 de 2017, de Psicología: <http://www.researchgate.net/publication/266404749>



12. Ramírez, H. V. (2003). Universidad de Costa Rica. (H. V. Ramirez, Editor) Recuperado el 2 de 6 de 2017, de Universidad de Costa Rica: <http://sibdi.urc.ac.cr/CIMED/cimed7.pdf>
13. Silva, H. (2012). Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. (Chilena, Ed.) Revista chilena de Neuropsiquiatría , 5, 20.
14. Saldaña, C. (2001). Detección de problemas conductuales (2 ed., Vol. 2). (Piramide, Ed.) Madrid, España, España: Piramide.
15. Rodríguez, M. (2014). Factores psicologicos y su papel en la enfermedad (15 ed., Vol. 15). (España, Ed.) Madrid, España, España: Madrid.
16. Repositorio.uta.edu.ec. (2011). repositorio.uta.edu.ec. (repositorio.uta.edu.ec, Ed.) Recuperado el 6 de 6 de 2017, de repositorio.uta.edu.ec: <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/3146/1/gutierrez%20navas%20tati%20ana%20gabriela.pdf>
17. Millon, T. (2013). Psicopatología y Personalidad (Mac Graw Hill ed., Vol. 12). (M. G. Hill, Ed.) Madrid, España, España: Mac Graw Hill.
18. Garza, F. (2004). Depresión, angustia y Bipolaridad. Psicología. Mexico: Mexico, Trillas.
19. Yapko, M. (2006). Romper los patrones de la depresión. Psicología. Mexico: Mexico.



# **ANEXOS**

**ANEXO N.1: Oficio dirigido a la Clínica Contigo para realizar la investigación.**

Ing.

Samuel Fernández

**GERENTE ADMINISTRATIVO DE LA CLINICA DE HEMODIALISIS  
CONTIGO DE LA CIUDAD DE QUEVEDO.**

En su despacho.-

De mis consideraciones:

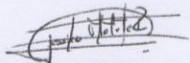
Yo, **JESSICA TATIANA MATUTE RODRIGUEZ** con cédula de identidad N.120506296-9 egresada de la especialización de Psicología Clínica, domiciliada en la ciudad de Quevedo, ante Usted expongo y solicito.

Que en mi calidad de egresada y estudiante del seminario de tesis que esta dictando la Universidad Técnica de Babahoyo extensión en Quevedo, estoy en la obligación de desarrollar un trabajo de investigación para lo cual necesito una población y por tratarse de un tema que involucra hombres y mujeres en tratamiento en hemodiálisis requiero se me permita efectuar la investigación de la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en los pacientes hemodializados.

Por tal motivo solicito a Usted en su calidad de Gerente Administrativo, permita el ingreso a la Clínica de acuerdo al cronograma de trabajo en la toma de encuestas, aplicación de test, fotografías y la información histórica de la clínica.

Agradeciendo por la gentil atención,

Atentamente,



Jessica Matute Rodríguez

*Dotorizado*  
  
Samuel Fernández  
GERENTE ADMINISTRATIVO  
CLINICA CONTIGO QUEVEDO

**ANEXO N.2: Cuestionario de Depresión de Beck-Adaptado a la realidad del paciente con insuficiencia renal.**

**ESCALA DEPRESION BECK**

<b>Pregúntate a ti misma y contesta honestamente</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1.- ¿Está satisfecha con su vida?	0	1
2.- ¿Ha renunciado a muchas actividades?		
3.- ¿Se siente impotente ante las exigencias de la vida?		
4.- ¿Se encuentra a menudo irritable, enojado?		
5.- ¿Tiene insomnio?		
6.- ¿Teme que algo malo le pase?		
7.- ¿Considera que es mejor la muerte, que seguir viviendo?		
8.- ¿Te sientes a menudo abandonada?		
9.- ¿Prefieres quedarse en casa a salir?		
10.- ¿Tienes problemas de memoria muy seguidos?		
11.- ¿Piensa que es bonito vivir?		
12.- ¿Se siente desesperado?		

**INTERPRETACIÓN**

**Resultados:**

0-5:	Nivel Leve de Depresión
6-9:	Depresión Moderada
10 ó más:	Depresión Grave

### ANEXO N.3: Entrevista

<b>DATOS GENERALES:</b>	
NOMBRE Y APELLIDO	
EDAD	
SEXO	
ESTADO CIVIL	
OCUPACION	
TIENE EMPLEO	
NO TIENE EMPLEO	
NEGOCIO PROPIO	
NIVEL DE EDUCACION	
RELIGION	
COSTUMBRES	
ALCOHOL	
TABACO	
ENFERMEDADES MEDICAS	
DIABETES	
HIPERTENSION	
OBESIDAD	
PRECLANCIA	
OTROS CAUSAS	
APOYO ECONOMICO	
FAMILIARES	
RECURSOS PROPIOS	
GOBIERNO	
SITUACION FAMILIAR	
¿Con quién vive?	

**ANEXO N.4: Evidencia Fotográfica de los pacientes en la sala de hemodiálisis.**

