Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera Psicología Clínica

Depresión en Personas con Insuficiencia Renal Crónica Sometidas a Tratamiento de Hemodiálisis, Periodo Abril/Septiembre 2022.

Trabajo de Titulación previa a la obtención del título de Psicóloga Clínica.

AUTORA:

Nadia Paola Vallejo Avila.

DIRECTORA:

Dra. Ana Catalina Puertas Azanza. Mg.

Loja – Ecuador

2022

Certificación

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

CERTIFICADO DE CULMINACIÓN Y APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Loja, 15 de septiembre del 2022

Doctora
Ana Catalina Puertas Azanza. Mg.Sc.
DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Certifico:

Que una vez asesorada, monitoreada con pertinencia y rigurosidad científica la ejecución del Trabajo de Titulación con el tema: **"DEPRESIÓN EN PERSONAS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SOMETIDAS A TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS, PERIODO ABRIL/SEPTIEMBRE 2022"** de autoría de la estudiante **Nadia Paola Vallejo Avila**, con CI: 1900801828; previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica, quien ha desarrollado su investigación con responsabilidad, interés y perseverancia; el mismo cumple con las disposiciones institucionales metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica; consecuentemente, dicho Trabajo de Titulación se encuentra **culminado y aprobado**, por lo que autorizo la presentación para la respectiva sustentación y defensa.

Atentamente,

ANA CATALINA PUERTAS AZANZA

Dra. Ana Catalina Puertas Azanza. Mg.Sc.
1103488605001
ana.puertas@unl.edu.ec

Calle Manuel Monteros
tras el Hospital Isidro Ayora - Loja - Ecuador
072 -57 1379 Ext. 102

Autoría

Yo, **Nadia Paola Vallejo Avila**, declaro ser autora del presente trabajo de titulación y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido de la misma. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi trabajo de titulación en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.

Firma:

Cedula de Identidad: 1900801828
Fecha: 29 de noviembre del 2022
Correo electrónico: nadia.vallejo@unl.edu.ec
Número de teléfono/ celular: 0986448207

Carta de Autorización

Yo, **Nadia Paola Vallejo Avila**, declaro ser autora del trabajo de titulación: **DEPRESIÓN EN PERSONAS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SOMETIDAS A TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS, PERIODO ABRIL/SEPTIEMBRE 2022,** como requisito para optar el grado de Psicóloga Clínica; autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional (RDI):

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tengan convenio con la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del trabajo de titulación que realice su tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 29 días del mes de noviembre del dos mil veintidós.

Firma: _____

Autora: Nadia Paola Vallejo Avila

Número de Cédula: 1900801828

Dirección: Loja, sector "El Valle", calles: Balsas y Oriental de paso

Correo electrónico: nadia.vallejo@unl.edu.ec

Teléfono: 0986448207

DATOS COMPLENTARIOS

Directora de tesis: Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, Mg.Sc.

Tribunal de grado:

- **Presidenta:** Dra. Anabel Larriva Borrero
- **Vocal:** Lic. María Paula Torres Pozo, Mg.Sc.
- **Vocal:** Psic.Cl. Marco Vinicio Sánchez Salinas, Mg. Sc.

Dedicatoria

Dedico este trabajo de titulación a mis abuelos Isabel y Pastor, quienes antes de irse me hicieron sentir la fuerza con la que me amaron y a pesar de no estar presentes físicamente siguen siendo mi guía.

A mi sobrino César Isaac que desde su llegada hasta hoy ha hecho crecer en mi un amor infinito y me ha permitido descubrir que no hay nada más que me haga sentir viva y feliz que estar a su lado.

Nadia Paola Vallejo Avila

Agradecimiento

Mi más grande y sincero agradecimiento a mis padres Rosa y César, a mis hermanos Nathaly y David por haberme acompañado en cada paso que di en el transcurso de la carrera y de este trabajo de titulación, sin importar cuantas veces me caí o desistí me mostraron el amor más puro que existe en el mundo.

A todos los docentes y personal de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja, quienes contribuyeron e influyeron de manera significativa en mi formación personal y profesional.

Al personal administrativo de la Unidad Renal Nefroloja por permitirme de manera cordial desarrollar este trabajo de titulación.

A la Psic. Cl Gianella Rivas por su disposición y apoyo desinteresado durante el desarrollo de este proyecto.

Agradezco también a la Dra. Ana Puertas directora de Trabajo de Titulación, por el asesoramiento y paciencia.

Finalmente, de manera especial agradezco a cada miembro de mi familia y amigos que con sus muestras de afecto o palabras de ánimo me acompañaron en el transcurso de mi formación universitaria.

Nadia Paola Vallejo Avila

Índice de Contenidos

Portada ..... **i**

Certificación ..... **ii**

Autoría ..... **iii**

Carta de Autorización ..... **iv**

Dedicatoria ..... **v**

Agradecimiento ..... **vi**

Índice de Contenidos ..... **vii**

Índice de Tablas ..... **x**

Índice de Anexos ..... **xi**

1. Título **2**

2. Resumen **3**

2.1. Abstract **4**

3. Introducción **5**

4. Marco Teórico **9**

4.1. Depresión **9**

4.1.1. Definición *9*

4.1.2. Modelos teóricos de la depresión *11*

4.1.3. Etiopatogenia *15*

4.1.4. Síntomas *16*

4.1.5. Clasificación *17*

4.1.6. Tratamiento *25*

4.1.7. Instrumentos de Evaluación *34*

4.2. Insuficiencia Renal Crónica 36

4.2.1. Definición *36*

4.2.2. Etiología *37*

4.2.3. Clasificación *38*

4.2.4. Manifestaciones Clínicas *39*

4.2.5. Tratamiento de Hemodiálisis *40*

4.3. Depresión e Insuficiencia Renal Crónica 41

4.4. Compañía de Unidad Renal Nefroloja CIA Ltda 44

4.4.1. Ubicación *44*

4.4.2. Cartera de Servicios *44*

4.4.3. Servicio de Hemodiálisis *44*

5. Metodología 46

5.1. Enfoque 46

5.2. Tipo de Diseño de Investigación 46

5.3. Área de Estudio 46

5.4. Población 47

5.5. Muestra 47

5.6. Criterios de Inclusión 47

5.7. Criterios de Exclusión 47

5.8. Técnicas **47**

5.9. Instrumentos de Recolección de Datos **47**

5.10. Procedimiento **48**

5.11. Equipos y Materiales **49**

5.12. Análisis Estadístico **49**

6. Resultados **50**

6.1. En Cumplimiento al Objetivo General **50**

6.2. En Cumplimiento al Primer Objetivo Específico **50**

6.3. En Cumplimiento al Segundo Objetivo Específico **52**

6.4. En Cumplimiento al Tercer Objetivo Específico **54**

7. Discusión **66**

8. Conclusiones **68**

9. Recomendaciones **69**

10. Bibliografía **70**

11. Anexos **78**

Índice de Tablas

Tabla 1. Depresión en Pacientes con IRC en Tratamiento de Hemodiálisis 50

Tabla 2. Niveles de Depresión en Pacientes con IRC en Tratamiento de Hemodiálisis 51

Tabla 3. Prevalencia de Depresión en Relación a la Edad en Pacientes en Tratamiento de Hemodiálisis 52

Tabla 4. Prevalencia de Depresión en Relación al Sexo en Pacientes en Tratamiento de Hemodiálisis 53

Tabla 5. Prevalencia de Depresión en Relación al Tiempo en Hemodiálisis 53

Índice de Anexos

Anexo 1. Aprobación del Trabajo de Titulación..... 78

Anexo 2. Designación de Directora de Trabajo de Titulación..... 79

Anexo 3. Aprobación para la Ejecución de la Investigación 80

Anexo 4. Solicitud de Cambio de Objetivos Específicos 81

Anexo 5. Autorización de Cambio de Objetivos Específicos 82

Anexo 6. Solicitud de Cambio del Objetivo General..... 83

Anexo 7. Autorización de Cambio del Objetivo General 84

Anexo 8. Consentimiento Informado..... 85

Anexo 9. Ficha Sociodemográfica 86

Anexo 10. Inventario de Depresión de Beck (BDI-2) 87

Anexo 11. Evidencia Fotográfica..... 91

Anexo 12. Certificado de Traducción de Inglés 92

Anexo 13. Certificación del Tribunal de Grado..... 92

1. Título

Depresión en Personas con Insuficiencia Renal Crónica Sometidas a Tratamiento de Hemodiálisis, Período Abril/Septiembre 2022.

2. Resumen

La Insuficiencia Renal Crónica se constituye como una enfermedad terminal ya que el riñón pierde progresivamente su funcionamiento adecuado, debido a esto las personas que lo padecen se ven obligados a someterse a hemodiálisis que es un tratamiento invasivo de por vida, lo cual hace que los pacientes lleguen a depender de una máquina para sobrevivir esto llega a repercutir significativamente en el estado de ánimo de los pacientes haciéndolos vulnerables a desarrollar problemas psicológicos y repercusiones en el estado anímico como la depresión. El objetivo principal de la investigación fue determinar la relación entre Insuficiencia Renal Crónica y depresión en personas en tratamiento de hemodiálisis llevado a cabo en la Unidad Renal Nefroloja, la cual tiene enfoque cuantitativo, no experimental de corte transversal, de tipo descriptivo. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Depresión de Beck (BDI-2) y una ficha sociodemográfica. La muestra estuvo constituida por 93 pacientes, el cual se obtuvo mediante un muestreo de tipo no probabilístico basado en los criterios de inclusión y exclusión. En el análisis de los resultados se obtuvo que el 63, 43% presentaron niveles de depresión altos estableciendo la presencia significativa de esta patología emocional, así mismo el nivel más frecuente fue el moderado el cual se presentó en la mayoría de la población de estudio con una prevalencia similar entre ambos sexos, los mismos que pertenecen a grupos etarios de 51 a 65 años que se encuentran en hemodiálisis de 6 meses a 4 años.

Palabras claves: Depresión, Insuficiencia Renal Crónica, Hemodiálisis

2.1. Abstract

Chronic Renal Insufficiency has become a terminal disease because the kidney progressively loses its proper function because of this people who have to undergo hemodialysis this being an invasive treatment for life, this means that patients must depend on a machine to survive, due to this, the mood of the patients has a significant effect, they are becoming vulnerable to developing psychological problems and they have repercussions on mood such as depression. The main objective of this research work was to determine the relationship between Chronic Renal Insufficiency and depression in people undergoing hemodialysis treatment carried out in the Unidad Renal Nefroloja. It has a quantitative, non-experimental cross-sectional, descriptive approach. The Beck Depression Inventory (BDI-2) and a sociodemographic token were used as instruments. The sample consisted of 93 patients, this was obtained through a non-probabilistic sampling based on the inclusion and exclusion criteria. Within the results of the analyzes it was obtained that 63, 43% these presented high levels of depression establishing the significant presence of this emotional pathology, in this way the most frequent level was moderate, within this study the majority of the population had a similar prevalence between both sexes, these belong to age groups that vary between 51 to 65 years, who are in hemodialysis from 6 months to 4 years.

Keywords: Depression, Chronic Renal Failure, Hemodialysis

3. Introducción

La depresión está considerada como un trastorno del estado de ánimo, caracterizado por sentimientos de tristeza constante y pérdida de interés por actividades habituales, además afecta a los sentimientos, pensamientos y comportamiento de un individuo dificultando la realización de actividades cotidianas (Angst, 1997). Datos estadísticos aportados por la Organización Mundial de Salud indican que a nivel mundial el 9,5 % de la población padece de depresión, porcentaje que se incrementa cuando esta se asocia con otras patologías, especialmente aquellas que tienen curso crónico (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Una de las enfermedades crónicas con mayor probabilidad a generar depresión es la Insuficiencia Renal (IRC) descrita por la Organización Mundial de la Salud (2016) como la pérdida gradual de la función renal. Los riñones depuran las toxinas y eliminan el exceso de agua de la sangre excretándolos a través de la orina. Cuando la enfermedad renal crónica alcanza una etapa avanzada, niveles peligrosos de líquidos, electrolitos y desechos se acumulan en el cuerpo. En consecuencia, la mayoría de los casos necesitan adherirse a un tratamiento que sustituya la función renal mediante diálisis (hemodiálisis o diálisis peritoneal) trasplante de riñón, necesarios para la supervivencia.

La hemodiálisis es el tratamiento más utilizado en personas con IRC dado que por medio de una máquina especializada que cumple las funciones de depurar la sangre se eliminan todas las toxinas que el riñón ha dejado de filtrar, si bien es el método más efectivo para este tipo de enfermedad, también se caracteriza por ser un procedimiento altamente complejo y exigente puesto que las personas sometidas a este tratamiento deben mantener una vida muy restrictiva ya que el número de horas en tratamiento por semana (4 horas diarias, 3 días a la semana) interfiere con las actividades diarias (Samaniego et al., 2018).

Díaz Mederos et al., (2021) afirman que existe una serie cambios en el estado emocional de los pacientes en hemodiálisis pues se ven obligados a autorregularse emocionalmente ante las exigencias que implica someterse a este tratamiento, cambiando drásticamente su estilo de vida. Entre las alteraciones emocionales se destaca la sintomatología depresiva y ansiosa como reacción ante la crisis y el afrontamiento a la enfermedad y los procesos del tratamiento.

A nivel internacional una investigación cuali-cuantitativa dirigida a estudiar el estado emocional de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada en hemodiálisis realizada en Cuba, bajo un método descriptivo y transversal en el servicio de Hemodiálisis del Hospital Universitario Clínico-Quirúrgico “Arnaldo Milián Castro”, Santa Clara, Villa Clara, con una

muestra de 116 pacientes hemodialíticos a los cuales se les aplicó el *test* de Zung y el cuestionario EE-D (evaluación del malestar emocional para pacientes renales en diálisis) como instrumentos psicológicos, se obtuvieron como resultados una alta prevalencia de depresión en 109 pacientes (93,97 %). Teniendo un predominio de depresión leve y moderada (Díaz et al., 2021).

En la ciudad de Ambato, un artículo científico expuesto en el repositorio virtual de la Universidad Técnica de Ambato denominado "Ansiedad y Depresión en Pacientes con Hemodiálisis del Hospital General de Ambato" se obtuvo a través de un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo, en una población total de 50 pacientes en tratamiento de hemodiálisis, teniendo como método y técnica de recolección de datos el cuestionario Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) dando como resultados la presencia de ansiedad en todos los pacientes y de depresión en casi todos donde predominó la depresión leve (Arráiz de Fernández y Pillajo, 2021).

En la ciudad de Loja, un artículo realizado por estudiantes de la Universidad Nacional de Loja sobre la prevalencia de la depresión como estado/rango en pacientes con insuficiencia renal crónica, a través de un estudio prospectivo, exploratorio, descriptivo, cuantitativo no experimental y de diseño transversal de causalidad, empleando como instrumento el inventario de depresión rasgo – estado (IDERE) en una muestra de 50 pacientes del Hospital General Isidro Ayora de la unidad de Hemodiálisis de esa casa de salud, en igual proporción de género, estableciéndose un promedio de edad de 49 años con edades que van desde los 18 hasta los 74 años. Se determinó que la mayor proporción de la población participante e involucrada en la investigación se encuentra con valores máximos en la variable depresión como estado y mínimos en la variable depresión como rasgo (González et al., 2021).

Por todo lo anteriormente mencionado se destaca la importancia de esta investigación con las siguientes preguntas que servirán de guías investigativas:

- ¿Existe relación entre depresión e Insuficiencia Renal Crónica en personas con tratamiento de hemodiálisis?
- ¿Cuáles son los niveles de depresión en personas con IRC en hemodiálisis?

La insuficiencia renal crónica (IRC) es considerada una enfermedad terminal con estadísticas cada vez más en crecimiento, al afectar a un órgano de vital importancia para el funcionamiento adecuado del organismo humano, las personas que la padecen se ven obligados a someterse a una serie de procedimientos y tratamientos invasivos como lo es la hemodiálisis

llegando a depender de una máquina para poder sobrevivir, por todo esto es muy alta la probabilidad de la aparición de otras patologías no solo físicas, si no también ser vulnerables a desarrollar problemas psicológicos y repercusiones en el estado anímico como la depresión debido a la posibilidad de muerte inminente, cambios fisiológicos, emocionales, sociales, económico, limitaciones físicas, y desafío para seguir viviendo bajo nuevas condiciones. Por lo que resulta de vital importancia conocer el impacto de la IRC y la hemodiálisis en el estado emocional ya que solo cuando se lo aborda los pacientes pueden tener una mejor tolerancia al tratamiento, manejo y afrontamiento de la enfermedad.

Por lo cual esta investigación será de gran utilidad ya que busca aportar un concepto más amplio de salud mental en personas cuyas enfermedades crónicas han repercutiendo significativamente en su estado emocional y calidad de vida, con este trabajo también se pretende dejar una visión más clara de la comorbilidad entre una alteración física y una psicológica.

De igual forma aportará información útil que servirá de apoyo para el establecimiento de actividades encaminadas a solventar dificultades y necesidades de esta población vulnerable, tomando en cuenta que no solo se trata de pacientes con enfermedades terminales, sino también de personas que establecen vínculos afectivos, como relaciones interpersonales, familiares, sociales, laborales o de pareja, y la atención y orientación psicológica adecuada permitirá un desarrollo y mejor adaptación a la enfermedad y tratamiento en curso.

Además, se busca proporcionar datos estadísticos más concretos a nivel local, debido a que la información en este tema es bastante limitada y generalizada, sirviendo como herramienta de apoyo para la creación y ejecución de estrategias o programas encaminados al tratamiento de la depresión en la población de estudio.

Los beneficiarios directos de este proyecto investigativo serán los usuarios, personal médico y propietarios de la Unidad Renal NefroLoja, mientras que los beneficiarios indirectos será la comunidad universitaria, así como el público en general que busque o esté interesado en temas afines a este o requiera información de alguna de las variables a estudiar, pues este trabajo estará expuesto en el repositorio virtual de la Universidad Nacional de Loja.

La presente investigación tiene tres objetivos específicos: evaluar los niveles de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis a través del Inventario de Depresión de Beck; identificar la prevalencia de depresión en la población de estudio en relación a la edad, sexo y tiempo en tratamiento de hemodiálisis; diseñar un plan de

intervención psicoterapéutico en pacientes que presentan niveles altos de depresión. Para lograr cada uno de los objetivos planteados se realiza la aplicación de una ficha sociodemográfica y un reactivo psicológico que permiten establecer las características sociodemográficas y nivel de depresión.

En esta investigación el marco teórico se encuentra dividido en 3 capítulos: Depresión: enfocado en la definición del término depresión, modelos teóricos de la depresión, etiopatogenia, síntomas, clasificación, tratamiento y el instrumento de evaluación; Insuficiencia Renal Crónica: contiene la definición de Insuficiencia Renal Crónica, etiología, clasificación, manifestaciones clínicas y tratamiento de hemodiálisis; Depresión e Insuficiencia Renal: comprende una revisión del impacto a nivel emocional que genera la enfermedad y por ende el tratamiento de sustitución renal. La presente investigación contiene un apartado denominado procedimiento, en donde se detallan las cuatro etapas para su desarrollo.

El proyecto investigativo se llevó a cabo en la Unidad Renal Nefroloja, la cual ofrece un tratamiento integral para pacientes con Insuficiencia Renal que engloba hemodiálisis, diálisis peritoneal, accesos vasculares, consulta especializada, psicología clínica, nutrición, trabajo social, laboratorio clínico y farmacia, constituyéndose una de las Unidades Renales más completas en la especialidad, además recibe a un gran número de pacientes los mismos que pertenecen a distintos sectores urbanos y rurales principalmente de las provincias de Loja y Zamora Chinchipe. Para el servicio de hemodiálisis cuenta con 40 máquinas especializadas atendiendo alrededor de 100 pacientes diarios, la mayor parte de estos por la red de salud pública del país.

La investigación cuenta con pertinencia de tipo metodológica, ya que tiene un diseño no experimental de corte transaccional dado que describe las variables y permite analizar su incidencia sin manipular o controlar sus resultados, así mismo tiene enfoque cuantitativo debido mide la variable objeto de estudio, además, su alcance es de tipo descriptivo por que permitirá tener datos más precisos de la presencia de depresión en personas con IRC en tratamiento de hemodiálisis y si esto alcanza un nivel patológico. También dispone con el instrumento de alto reconocimiento y eficacia para medir la variable de depresión a través del Inventario de Depresión de Beck (BDII), además cuenta con una amplia información bibliográfica, fundamentación teoría/científica, y otros medios para la conceptualización e investigación de las variables insuficiencia renal crónica y hemodiálisis, asimismo se tiene la colaboración del personal docente de la carrera de Psicología Clínica, permitiendo así el estudio de campo y que este trabajo mantenga una línea investigativa correcta.

4. Marco Teórico

La investigación acerca del impacto de la insuficiencia renal crónica y la hemodiálisis en la salud mental es muy extensa, por esta razón y con el objetivo de mejorar la comprensión de este proyecto investigativo, se definen conceptos puntuales que se plantean durante toda la investigación. Entre los que se encuentran depresión, insuficiencia renal crónica y hemodiálisis.

4.1. Depresión

4.1.1. Definición

La depresión se constituye como un trastorno del estado de ánimo caracterizado con un cuadro clínico desagradables para quienes lo padecen. A continuación, se revisarán los principales síntomas y características de la depresión.

Etimológicamente la palabra depresión proviene del latín *depressio* formado por la unión del prefijo *de* (disminución, hacia abajo), el vocablo *pres* (hundido, apretado, comprimido) y el sufijo *sio* (acción o efecto) haciendo referencia a una forma hundida como consecuencia natural o por fuerza, utilizando originalmente el término para referirse a concavidades de un terreno, no aplicándose a temas relacionados con el estado de ánimo, dado que el abatimiento o decaimiento moral y mental se englobaba dentro de la Teoría de los humores de Hipócrates quien clasificaba la personalidad de los individuos en cuatro estados producidos por cuatro fluidos: la sangre, la bilis amarilla, la bilis negra y la flema. No es sino hasta el siglo XVII que se encuentra las primeras referencias que relacionan el término depresión con el decaimiento de una persona en forma de *animae dēpressio* traduciéndose a *bajada de ánimo.* Aproximadamente en el año 1992 se conceptualizo a la depresión como un síndrome que se caracteriza por la presencia de tristeza profunda sin motivo alguno y por el retraimiento de todas las funciones psíquicas (López, 2022).

Es una enfermedad caracterizada por un estado de ánimo triste, 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. La depresión tiende a ser episódica. Esto significa que puede desaparecer y regresar entre periodos de total recuperación.

> En el artículo Depression, evolution of the concept from melancholy to depression as physical illness, se resaltan los aportes a esta comprensión del concepto de depresión desde sus orígenes, hasta los últimos estudios que dan cuenta de los cambios que suceden en el sistema nervioso y en el propio organismo cuando se presenta la depresión, “el estar deprimido, no es solo un estado psíquico sino también una alteración

física donde el sujeto no solo se siente triste, sino que además y fundamentalmente, se siente enfermo". (Benavides E, 2017, p. 15)

Por otro lado, en el documento denominado Resentimiento y depresión en pacientes con VIH-SIDA se detalla que "los síntomas de la depresión se agrupan en síntomas afectivos, síntomas motivacionales, síntomas cognitivos, síntomas conductuales y síntomas fisiológicos" (Delgado et al., 2017, p. 10).

En el libro de Granet y Levinson K (2000) refieren que la en la mayoría de los casos la depresión provoca tristeza, sensación de vacío y los sentimientos asociados duran poco, el estado de ánimo bajo perjudica el trabajo, crea tensión en la familia y no permite disfrutar la vida.

Para Calderón (2001) la pérdida de un ser querido, una situación desfavorable o el atravesar por situaciones aflictivas o enfermedades crónicas puede dar lugar a un estado de tristeza o duelo que se considera normal, así mismo, el periodo depresivo trae consigo tristeza, desinterés, incapacidad e inhibición psicomotriz.

De la Garza Gutiérrez (2004) menciona que la depresión es una enfermedad caracterizada por un estado de ánimo triste, con pérdida de interés o incapacidad para sentir placer por situaciones o actividades que antes disfrutaba, pérdida de confianza en sí mismo y un sentimiento de inutilidad.

Desde el punto de vista de Borda et al., (2013) la depresión es un trastorno mental frecuente, que se valora por medio de criterios diagnósticos definidos por la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM), los síntomas suelen manifestarse como estado de ánimo bajo, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, baja autoestima, entre otros.

Por otro lado, refiere que:

La depresión se considera como uno de los trastornos más recurrente, el cual se caracteriza en su mayoría de veces por presencia de tristeza, disminución del interés o placer, sentimiento de culpa y baja autoestima, pueden aparecer trastornos de sueño, del apetito, disminución de la memoria y falta de concentración. La depresión, puede llegar a presentarse independientemente de su etnia, sexo o edad, sin embargo, el rango de edad durante el que es más grave o de mayor preocupación es en la adolescencia.

La depresión es un trastorno mental que puede llegar a hacerse crónica o recurrente, así mismo llegar a perjudicar considerablemente el desempeño en el ámbito laboral,

personal, familiar. En su estadio más grave puede conllevar al suicidio, si es leve puede tratarse sin medicamentos y en su forma moderada puede necesitar medicamentos y psicoterapia. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

Entonces, la depresión representa un complejo síndrome en el que sentirse deprimido o triste es uno de los variados síntomas. Esta distinción es importante, pues la tristeza profunda está presente en otros trastornos como la ansiedad, esquizofrenia, obsesiones, etc.

4.1.2. Modelos teóricos de la depresión

Modelo Biológico. Este modelo tiene como fundamento a los componentes genético y bioquímico. En base a alagunas observaciones e investigaciones han dado lugar al pensamiento de que ciertos cambios en el organismo puedan dar lugar a un trastorno depresivo.

La mayoría de las teorías hipotetizan alteraciones en uno o más de los sistemas neuroquímicos del cerebro, que se centra fundamentalmente en el papel de varios neurotransmisores del sistema nervioso central, tales como la catecolamina noradrenalina y dopamina, la serotonina y la acetilcolina (Freeman y Oster, 1995; Thase y Howland, 1995).

Freeman y Oster (1995) plantean que la depresión desde el punto de vista biológico puede entenderse como una anormalidad en uno o más de los sistemas neuroconductuales: facilitación e inhibición conductual, nivel de respuesta ante el estrés, ritmos biológicos y procesamiento ejecutivo cortical de la información. Las alteraciones en estos sistemas podrían ser debido a la herencia o adquiridos e incluso una explicación más admisible es que las alteraciones en alguno de estos sistemas que puede generar depresión en un individuo sea producto de la interacción de situaciones estresantes y su vulnerabilidad biológica.

En relación al origen genético se ha evidenciado que las alteraciones afectivas como es el caso de la depresión, está presente en algunos familiares con el mismo trastorno.

Silva (2002) menciona que, en estudios realizados en familias, ha encontrado que, en los familiares de primer grado, padres, hijos y hermanos de aquellos sujetos con trastorno depresivo, existe una tendencia de al menos tres veces más probabilidad de presentar depresión en relación a la población en general. En este estudio se aprecia también la importancia de la herencia en la aparición del trastorno, pero el hecho de que exista diferentes formas de presentación de sus síntomas, la edad en la que aparecen, la respuesta al tratamiento y su evolución dificulta el estudio del tipo y mecanismo de trasmisión. Así mismo se ha realizado

estudios en gemelos idénticos, evidenciando que la concordancia para que ambos presenten depresión es mayor que en gemelos no idénticos.

El enfoque bioquímico, en sus inicios se basó en los sistemas monoaminérgicos y el déficit de sustancias neurotransmisoras del sistema nervioso sintetizadas en pacientes con trastorno depresivo (Silva, 2002).

Por otro lado, Guadarrama et al., (2006) manifiestan que se debe considerar dos formas básicas de depresión: la exógena o reactiva que obedece a una causa externa que generalmente es bien definida (pérdida de un familiar, pérdida monetaria o enfermedad) y la endógena no tiene causa externa manifiesta por lo que lleva a considerarla una manifestación netamente biológica. La influencia de la genética está mucho más evidente en pacientes con formas graves del trastorno, destacado el riesgo de morbilidad en parientes de primer grado y que es independiente de los factores ambientales. Los marcadores genéticos potenciales se han ubicado en los cromosomas X, 4, 5, 11, 18 y 21. Así mismo se ha encontrado que un polimorfismo funcional en la región promotora del gen tras aportador de serotonina es el encargado de modular la influencia de los eventos estresantes en la depresión. Los individuos con una o dos copias del alelo corto 5-HTT muestran más síntomas depresivos, depresión diagnosticable y tendencia suicida en comparación con individuos con un solo alelo, lo que evidencia la interacción genética-ambiente.

Zandio et al., (2009) refieren que la depresión se asocia con alteraciones de la actividad presináptica serotoninérgica y de los receptores postsinápticos. A su vez Silva (2002) menciona que existen alteraciones en el sistema endocrino, destacando cambios en el eje hipotálamo-hipofisiario-suprarrenal, debido a su trabajo en la producción de cortisol, sustancia íntimamente relacionada con el origen de depresión. Evidenciando en personas depresivas altos niveles de cortisol y de la hormona corticotropina. También se encuentra asociado el eje hipotálamo-hipófisis-tiroideo, en estudios de comorbilidad, los resultados mostraron una alta relación con la existencia de tiroides subclínica y enfermedades ligadas al funcionamiento de este eje.

Modelo Cognitivo de Beck. Según Jervis et al., (2005) “este modelo explica el estrecho vínculo entre el estado emocional y el comportamiento, asociados al discurso interno utilizado por la persona para construir su realidad, experiencia y pensamiento”.

La teoría cognitiva de la depresión fue propuesta por el psiquiatra estadounidense Aaron Beck en 1976 con el objetivo de desarrollar un modelo explicativo basado en los procesos internos que tienen las personas con depresión. Lo que hizo fue analizar los pensamientos que

se manifiestan en el transcurso del trastorno, estableciendo los elementos fundamentales que se relacionan con las creencias subjetivas de las personas afectadas por la depresión.

Beck y Alford (2009) luego del análisis, logran materializar el concepto de Triada Cognitiva compuesta por tres elementos:

Pensamientos Negativos Sobre Uno Mismo. Según la teoría la apersona con depresión, llega a malinterpretar la información relacionada con la propia persona, en este componente la persona se encuentra con una severa distorsión sobre la autopercepción con relación al mundo que lo rodea. Es por ello que el individuo con depresión tiene sentimientos de inferioridad respecto a los demás, pudiendo creer que es una persona torpe, disfuncional y que su vida no tiene sentido debido a que su creencia es que carece de utilidad para el mundo. En este tipo de pensamiento se asocia elementos psicológicos y físicos, por lo que resulta importante poner atención al concepto de cognitivismo, que a partir de este uno interpreta la información sobre uno mismo, siendo así que la autoestima es el elemento principal a trabajar en una persona depresiva.

Pensamientos Negativos Sobre el Mundo que le Rodea. La percepción que existe sobre el control y satisfacción sobre el mundo que nos rodea es el factor importante para sentirse bien, en esta Tríada se entiende que la persona depresiva es incapaz de realizar una interpretación correcta sobre la información que obtiene de la interacción con el mundo. Siendo así que el depresivo ve al mundo como hostil y exigente en el que siente no encajar dando como resultado el aislamiento social, agravando aún más el trastorno.

Pensamientos Negativos Sobre el Futuro Próximo. En este componente el sujeto percibe que los sucesos que van a ocurrir serán catastróficos, se puede entender que este componente es el resultado de la suma de los dos anteriores. Al ver la persona que el futuro es o va a ser igual que el presente, no intenta realizar ningún cambio, por lo que no busca ayuda y la visión negativa se mantiene estática. En conclusión, la suma de los tres componentes supone una visión negativa a nivel global sobre el individuo, el mundo y el futuro por lo que sentirá un malestar intenso debido a su inseguridad.

Por otro lado, Casasola (2020) y Rivadeneira et al., (2013) mencionan la presencia de errores en el procesamiento de información, el depresivo presenta una serie de pensamientos irracionales como una consecuencia de la alteración del pensamiento:

- Pensamiento absolutista: se trata de la tendencia a clasificar todas las situaciones o experiencias en base a una o dos categorías opuestas, blanco o negro, positivo

o negativo, bueno o malo. Para describirse así misma a persona siempre usa el polo negativo.

- Inferencia arbitraria: hace referencia al proceso de adelantarse a una conclusión en ausencia de pruebas y sin haberlo vivido.
- Personalización: tendencia y facilidad de la persona para tomar las cosas de manera muy personal sin que existe una conexión con base firme.
- Abstracción selectiva: centrarse en un detalle o suceso ignorando otras características que son relevantes en la situación o contexto y concluir toda la experiencia en base a ese detalle.
- Maximización y minimización: distorsión que, a la hora de realizar una evaluación de un acontecimiento, se le da más o menos importancia de la que merece.
- Generalización: proceso de elaborar una regla general a partir de un hecho o varios pero aislados aplicando a situaciones relacionadas como no relacionadas con el mismo.

Modelo Conductual. El modelo conductual platea que la depresión es principalmente un fenómeno aprendido en base a la interacción negativa de la persona con su entorno, que pueden influenciar y ser influenciadas por las cogniciones, las conductas, las emociones y las relaciones entre estos factores (Antonuccio et al., 1995).

Ferster (1973) es el primer autor que realiza un análisis funcional del comportamiento depresivo procediendo a la medición de la frecuencia y explicación de la misma, llega a la conclusión de que la conducta depresiva se caracteriza por:

- Un exceso de conductas de evitación ante una estimulación aversiva y conjuntamente de conductas irracionales.
- Un déficit de conductas activas, que son reforzadas positiva o negativamente ejerciendo control efectivo sobre el medio.

Es así que este autor considera que la alta frecuencia de conductas evitativas e irracionales no resultan un área de alta motivación sino más bien se mantienen por refuerzo negativo y se malgastan debido a la ausencia de conductas activas y eficaces para terminar con la estimulación aversiva. De hecho, Biglan (1991) tras revisar algunos estudios, concluye que las conductas típicas de los depresivos como llorar, quejarse, reducen la posibilidad de recibir castigo de otros.

Dougher y Hackbert (1994) retoman el análisis de Ferster, y sostienen que el castigo y la disminución de forma brusca de los reforzadores producen la reducción de conducta y además reacciones emocionales negativas como frustración, tristeza, desesperanza, estas reacciones quedan elevadas a la categoría de respondientes, es decir que son conductas provocadas por un estímulo incondicionado, como es el caso del refuerzo insuficiente, castigo o la extinción. El ambiente es el que refuerza las manifestaciones depresivas mediante atención y expresiones de índole afectivo. Posteriormente los mismos comportamientos se perciben como aversivos por los otros y conduce al paciente a una pérdida de reforzadores al ser evitado perpetuando el estado de ánimo depresivo.

Por otro lado, Lewinsohn (1976) hace referencia al comportamiento depresivo desde un punto de vista etiológico y a la vez explicativo enfatizando la importancia del medio, este autor considera que la depresión está relacionada con una baja taza de refuerzo debido a:

- Un medio pobre de reforzadores
- Un déficit de habilidades sociales para obtener refuerzos
- Un escaso repertorio de refuerzos potenciales

Este autor concluye que la depresión es un producto de factores ambientales, es el resultado final de cambios que tienen inicio por el ambiente en la conducta, el afecto y las cogniciones. Asi mismo se incluye el fenómeno d la secuenciación de conexiones causales, tiene inicio cuando surge un acontecimiento que es potencialmente evocador de depresión, que interrumpe los patrones de conducta automáticos produciendo una disminución en el refuerzo positivo y/o en el número elevado de experiencias aversivas (Lewinsohn, 1976).

Rehm (1977) postula que las personas deprimidas presentan déficits en los procesos básicos que están asociados al autocontrol, impiden un buen ajuste y adaptación a las situaciones que cambian en el ambiente, en concreto establece el modelo de diátesis-estrés, en la que la depresión es la consecuencia d la pérdida de una fuente de reforzamiento en interacción de un déficit de habilidades de autocontrol y desencadena un episodio depresivo. Se teoriza que los deprimidos tienen una tendencia perfeccionista, es decir, pretenden metas inalcanzables, se centran en aspectos negativos del entono y se aplican pocos refuerzos. Esta considera que los acontecimientos positivos ocurren con poca frecuencia a causa de los sesgos cognitivos.

4.1.3. Etiopatogenia

Existen diversas causas del trastorno depresivo, podría deberse a causas neuroendocrinas como es el caso de la disminución de la repuesta al cortisol, la hormona de

crecimiento, la hormona estimulante de la tiroides y de la prolactina, así también, por la hiperactividad del sistema noradrenérgico que dan lugar a altos niveles de concentración del metabolito de la norepinefrina MHPG en la orina, el plasma y/o líquido cefalorraquídeo y además puede deberse por herencia genética (F. Pérez, 2019).

Factores Biológicos. Según Glover (2018), estos pueden influir para que una persona pueda padecer de este tipo de trastorno como por ejemplo que exista un desequilibrio en la química del cerebro debido a la deficiencia de algunos neurotransmisores como la serotonina y dopamina. Estos pueden llegar a ser hereditarios y transmitirse de una generación a otra.

Factores psicológicos. Según Glover (2018), engloban todo lo relacionado a la personalidad del individuo, hay ciertos rasgos o características de la personalidad que son más vulnerables a padecer este tipo de trastorno. El paciente puede presentar un carácter con alguna cualidad extrema perfeccionismo, autoexigencia, inseguridad, dependencia, hipocondría, predispone a padecer depresiones. También se involucran las creencias de la persona, sus pensamientos, ideas y la percepción en general que tiene de la vida.

Factores Ambientales. Según Glover (2018), son fundamentales y como principales menciona: crecimiento dentro de una familia disfuncional, haber recibido un tipo de apego inseguro, haber tenido a lo largo de la vida bastantes dificultades, consumo de sustancias (alcohol, tabaco, etc.) y problemas principalmente de tipo familiar y económico.

4.1.4. Síntomas

Granet y Levinson K (2000) mencionan que los síntomas en la depresión incluyen sensación de desesperanza, abatimiento, inutilidad, culpa, pesimismo y tristeza. Los pensamientos están presentes la mayor parte del día acompañados de otros síntomas como la fatiga, irritabilidad, incapacidad para concentrarse y alteraciones físicas como dolor abdominal, palpitaciones, dolor de cabeza y trastornos de la digestión. A menudo los depresivos pierden el interés por su trabajo u otras actividades entre ellas el sexo, además, pueden cambiar sus hábitos alimenticios, perder peso y en ocasiones de manera significativa, frecuentemente hay pérdida de energía y alteración en el sueño.

Por otro lado, De la Garza (2004) considera los siguientes síntomas:

- Pérdida del interés
- Pérdida de la energía
- Fatiga
- Cambios en el apetito

- Dificultad para pensar y concentrarse, mala memoria, indecisión
- Sentirse lento o inquieto
- Sentimientos de culpa, desesperanza y/o baja autoestima
- Pensamientos de muerte y suicidio o intentos de hacerlo

4.1.5. Clasificación

Según la American Psychiatric Association (2013) en el DSM-5 se clasifican en:

Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo. 296.99 (F34.8).

A. Accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente (p. ej., rabietas verbales) y/o con el comportamiento (p. ej., agresión física a personas o propiedades) cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación.
B. Los accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo.
C. Los accesos de cólera se producen, en término medio, tres o más veces por semana.
D. El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día, casi todos los días, y es observable por parte de otras personas (p. ej., padres, maestros, compañeros).
E. Los Criterios A-D han estado presentes durante 12 o más meses. En todo este tiempo, el individuo no ha tenido un período que durara tres o más meses consecutivos sin todos los síntomas de los Criterios A-D.
F. Los Criterios A y D están presentes al menos en dos de tres contextos (es decir, en casa, en la escuela, con los compañeros) y son graves al menos en uno de ellos.
G. El primer diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años.
H. Por la historia o la observación, los Criterios A-E comienzan antes de los 10 años.
I. Nunca ha habido un período bien definido de más de un día durante el cual se hayan cumplido todos los criterios sintomáticos, excepto la duración, para un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: La elevación del estado de ánimo apropiada al desarrollo, como sucede en el contexto de un acontecimiento muy positivo o a la espera del mismo, no se ha de considerar un síntoma de manía o hipomanía.

J. Los comportamientos no se producen exclusivamente durante un episodio de trastorno de depresión mayor y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del espectro autista, trastorno por estrés postraumático, trastorno por ansiedad de separación, trastorno depresivo persistente [distimia]).

   Nota: Este diagnóstico no puede coexistir con el trastorno negativista desafiante, el trastorno explosivo intermitente o el trastorno bipolar, aunque puede coexistir con otros, como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de déficit de atención/hiperactividad, el trastorno de conducta y los trastornos por consumo de sustancias. En individuos cuyos síntomas cumplen los criterios para el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo y el trastorno negativista desafiante, solamente se debe hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Si un individuo no ha tenido nunca un episodio maníaco o hipomaníaco, no se debe hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

K. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica o neurológica. (p. 156)

Trastorno de Depresión Mayor.

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. **Nota**: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

   1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

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 (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
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 sólo 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.

Nota: Los Criterios A—C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y

pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.'

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un 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.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica. (p. 160-161)

Trastorno Depresivo Persistente (Distimia). 300.4 (F34.1). En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV.

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.

Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Poco apetito o sobrealimentación.
2. Insomnio o hipersomnia.
3. Poca energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Como los criterios para un episodio de depresión mayor incluyen cuatro síntomas que no están en la lista de síntomas del trastorno depresivo persistente (distimia), un número muy limitado de individuos tendrá síntomas depresivos que han persistido durante más de dos años, pero no cumplirán los criterios para el trastorno depresivo persistente. Si en algún momento durante el episodio actual de la enfermedad se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor, se hará un diagnóstico de trastorno de depresión mayor. De no ser así, está justificado un diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o de un trastorno depresivo no especificado. (p. 168-169)

Trastorno Disfórico Premenstrual. 625.4 (N94.3).

A. En la mayoría de los ciclos menstruales, al menos cinco síntomas han de estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación, empezar a mejorar unos días después del inicio de la menstruación y hacerse mínimos o desaparecer en la semana después de la menstruación.

B. Uno (o más) de los síntomas siguientes han de estar presentes:

    1. Labilidad afectiva intensa (p. ej., cambios de humor, de repente está triste o llorosa, o aumento de la sensibilidad al rechazo).

2. Irritabilidad intensa, o enfado, o aumento de los conflictos interpersonales.
3. Estado de ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de autodesprecio.
4. Ansiedad, tensión y/o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta.

C. Uno (o más) de los síntomas siguientes también han de estar presentes, hasta llegar a un total de cinco síntomas cuando se combinan con los síntomas del Criterio **B**.

1. Disminución del interés por las actividades habituales (p. ej., trabajo, escuela, amigos, aficiones).
2. Dificultad subjetiva de concentración.
3. Letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía.
4. Cambio importante del apetito, sobrealimentación o anhelo de alimentos específicos.
5. Hipersomnia o insomnio.
6. Sensación de estar agobiada o sin control.
7. Síntomas físicos como dolor o tumefacción mamaria, dolor articular o muscular, sensación de "hinchazón" o aumento de peso.

Nota: Los síntomas de los Criterios A-C se han de haber cumplido durante la mayoría de los ciclos menstruales del año anterior.

D. Los síntomas se asocian a malestar clínicamente significativo o interferencia en el trabajo, la escuela, las actividades sociales habituales o la relación con otras personas (p. ej., evitación de actividades sociales; disminución de la productividad y la eficiencia en el trabajo, la escuela o en casa).

E. La alteración no es simplemente una exacerbación de los síntomas de otro trastorno, como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de pánico, el trastorno depresivo persistente (distimia) o un trastorno de la personalidad (aunque puede coexistir con cualquiera de estos).

F. El Criterio A se ha de confirmar mediante evaluaciones diarias prospectivas durante al menos dos ciclos sintomáticos (**Nota:** El diagnóstico se puede hacer de forma provisional antes de esta confirmación.).

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo). (p. 171-172)

Trastorno Depresivo Inducido por una Sustancia/Medicamento.

A. Alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades.
B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2):
    1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.
    2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.
C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo no inducido por una sustancia/medicamento. La evidencia de un trastorno depresivo independiente puede incluir lo siguiente: Los síntomas fueron anteriores al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno depresivo independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).
D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.
E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. (p. 175-176)

Trastorno Depresivo Debido a Otra Afección Médica.

A. Un período importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades predomina en el cuadro clínico.

B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.

C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de adaptación, con estado de ánimo deprimido, en el que el factor de estrés es una afección médica grave).

D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.

E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. (p. 180-181)

Otro Trastorno Depresivo Especificado. 311 (F32.8). Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. La categoría de otro trastorno depresivo especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno depresivo específico. Esto se hace registrando "otro trastorno depresivo especificado" y a continuación el motivo específico (p. ej., "episodio depresivo de corta duración").

Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación "otro especificado" son los siguientes:

1. **Depresión breve recurrente:** Presencia concurrente de estado de ánimo deprimido y al menos otros cuatro síntomas de depresión durante 2-13 días por lo menos una vez al mes (no asociados al ciclo menstrual) durante un mínimo de doce meses consecutivos en un individuo cuya presentación no ha cumplido nunca los criterios para ningún otro trastorno depresivo o bipolar y que actualmente no cumple los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico.

2. **Episodio depresivo de corta duración (4-13 días):** Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociados a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante más de cuatro días, pero menos de catorce días, en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para una depresión breve recurrente.
3. **Episodio depresivo con síntomas insuficientes:** Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociado a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante un mínimo de dos semanas en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para trastorno mixto de ansiedad y depresión. (p. 183-184)

Otro Trastorno Depresivo No Especificado. 311 (F32.9). Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. La categoría del trastorno depresivo no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno depresivo específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias). (p. 184)

4.1.6. Tratamiento

Lammoglia (2001) menciona que la psicoterapia por si sola en un caso de depresión clínica no es suficiente sino es acompañada de un tratamiento con antidepresivos y ejercicio. Los depresivos están demasiado abatidos que muy poco hablan, debido a que los efectos de los medicamentos se empiezan a notar a las dos o tres semanas de haber iniciado la toma del tratamiento. Antes de iniciar el tratamiento es importante que el paciente acuda a un profesional

para la detección de la depresión, elaboración de una historia clínica y un examen psicológico que son necesarios para establecer el diagnóstico.

Psicofarmacológico. Por primera vez en la década de 1950 se dio uso a la iproniazida que servía para aliviar los síntomas causados por la enfermedad de tuberculosis, lo que hacía este medicamento era animar a los pacientes, mejorar el estado de ánimo por lo que empieza a usar en pacientes depresivos. Por ese mismo periodo, el único tratamiento que se utilizaba para la depresión era el opio, sin embargo, era altamente adictiva y los pacientes empezaron a tomar un color amarillento en la piel. Años después se dio paso a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (Bogaert, 2012).

Por otro lado, Pérez (2017), en su artículo acerca del tratamiento de la depresión, refiere que el tratamiento antidepresivo farmacológico se reserva para los episodios moderados a graves y en ciertos casos específicos para los leves. Hasta el momento los fármacos utilizados tienen un como común denominador su acción sobre el sistema monoaminérgico, que independientemente de su acción el resultado final es la regulación de la serotonina, dopamina y noradrenalina. Al incrementar los niveles de estos neurotransmisores en la hendidura sináptica permite la regulación a la baja de los receptores postsinápticos. Los efectos secundarios suelen aparecer en los primeros días luego de haber empezado la toma de medicamentos debido al aumento de los neurotransmisores, por otro lado, la mejoría de los síntomas depresivos se empieza a dar a las dos y cuatro semanas debido a que se requiere de cambios adaptativos en los receptores.

En general, la eficacia del tratamiento farmacológico actual es comparable entre medicamentos, sin embargo, algunos estudios analíticos favorecen al escitalopram, mirtazapina, sertralina y venlafaxina sobre los otros medicamentos en cuanto a su respuesta (Gartlehner et al., 2011; Linde et al., 2015). A pesar de ello, las guías de tratamiento sugieren que la decisión de usar uno u otro medicamento va depender de las características del cuadro depresivo, la existencia de comorbilidades, de los efectos secundarios y de la disponibilidad del fármaco en el medio. Además, el tratamiento de un primer episodio depresivo debe durar entre los 6 y 12 meses posterior a la remisión sintomática para así evitar la recurrencia (Kennedy et al., 2016).

Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS). En los 80 apareció el primer ISRS para el tratamiento de la depresión, el mecanismo de estos antidepresivos es inhibir el trasportador de serotonina, que normalmente reintroduce la serotonina sináptica a la neurona,

así es libre de actuar sobre receptores postsinápticos y en autorreceptores 5-HT1A. En la actualidad se encuentran disponibles la fluoxetina, sertralina, paroxetina, fluvoxamina, citalopram y escitalopram (Hillhouse y Porter, 2015; Stahl, 2013).

Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina (IRSN). Adicional al bloqueo de serotonina de los ISRS, los IRSN bloquean al trasportador de noradrenalina y por ello se los conoce como duales. Además de incrementar los niveles de 5-HT y NA también aumentan la concentración de DA en la corteza prefrontal siendo recapturada por el NAT y no por el trasportador de dopamina DAT. Actualmente están disponibles en el mercado la venlafaxina, desvenlafaxina, duloxetina y milnacipran (Stahl, 2013).

Inhibidores de la Recaptación de Noradrenalina y Dopamina (IRND). Estos antidepresivos tienen su acción en el NAT y DAT, incrementando las concentraciones a nivel sináptico de NA y DA. La acción que tiene sobre DA le otorga la propiedad antidepresiva o estimulante, y mientras al no actuar directamente sobre 5-HT no presenta efectos adversos relacionados con la disfunción sexual. Se encuentra disponible el bupropión o anfebutamona (Stahl, 2013).

Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Noradrenalina (ISRN). Bloquean el NAT lo que da lugar a mayores concentraciones de NA a nivel sináptico y DA a nivel de la corteza prefrontal. Su uso es controversial ya que principalmente se receta para el tratamiento del TDA y TDAH. Se encuentran disponibles la reboxetina y atomoxetina (Stahl, 2013).

Agonistas de Melatonina. En base a las evidencias la presencia de TD provoca alteraciones en las fases del sueño y en la secreción de factores asociados a ciclos circadianos, incluido el BNDF. Por lo que el mecanismo de acción de estos medicamentos es el agonismo de los receptores de melatonina 1 y 2, además, es un antagonista del receptor 5-HT que le agrega propiedades antidepresivas (Stahl, 2013).

Agonista Alfa-2. El mecanismo de acción es el bloqueo de autorreceptores y heterorreceptores α2 noradrenérgicos, en condiciones normales este receptor evita la liberación de noradrenalina y serotonina es así que al antagonizarlo produce un efecto similar a los IRSN, se encuentran la mirtazapina y mianserina (Stahl, 2013).

Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Antagonistas Serotoninérgicos. La trazodona tiene múltiples mecanismos de acción, bloquea el SERT, aumentando la disponibilidad de 5-HT en la hendidura sináptica, también actúa como antagonista de receptores 5-HT2A y 5-HT2C, lo que le otorga otro mecanismo antidepresivo (Stahl, 2013).

Inhibidores de la Monoamino Oxidasa (IMAO). El primer IMAO, fue la iproniazida, desarrollado como un tratamiento para la tuberculosis, además tenía propiedades antidepresivas. Subsecuentemente se desarrollaron otros con distintas propiedades farmacológicas en relación a su reversibilidad y al subtipo de enzima que inhiben (selegilina, fenelzina, tranilcipromina). Existen 2 subtipos de MAO (A y B), los cuales metabolizan distintos sustratos. De interés antidepresivo, la enzima MAO-A metaboliza 5-HT, NA, DA y tiramina, por lo que, al inhibir su acción, aumentan sus concentraciones disponibles. A pesar de su comprobada eficacia como antidepresivos, han caído en desuso por sus potenciales interacciones farmacológicas con agentes simpatomiméticos, anestésicos, agentes serotoninérgicos, tricíclicos y algunos opiáceos. De igual manera, dietas altas en tiramina en conjunto con un tratamiento con IMAO, tienen el potencial de ocasionar crisis hipertensivas. A pesar de esto, no deben ser descartados como antidepresivos eficaces en ciertos tipos de depresión, siempre y cuando el clínico tenga en mente las interacciones mencionadas (Hillhouse y Porter, 2015; Stahl, 2013).

Antidepresivos Tricíclicos (ATC). Tras la aparición de la clorpromazina como tratamiento antipsicótico, el desarrollo de nuevas moléculas similares permitió la aparición de la imipramina como primer antidepresivo de este grupo y posteriormente aparecieron la desipramina, maprotilina, nortriptilina, amitriptilina y clomipramina. Los ATC, bloquean la recaptura de serotonina y noradrenalina. Sin embargo, los ATC además tienen acciones farmacológicas de relevancia sobre receptores H1 histaminérgicos, α1 adrenérgicos y canales de sodio sensibles a voltaje, ocasionan efectos secundarios frecuentes y en ocasiones poco tolerados (Hillhouse y Porter, 2015; Stahl, 2013).

Antidepresivos Multimodales. De reciente introducción, estos fármacos tienen su efecto antidepresivo mediante una combinación de múltiples mecanismos de acción: inhibición de SERT, DAT y NET, agonismo de receptores 5-HT1A y 5HT1B/D, antagonismo de 5-HT7 y 5-HT3. Entre ellos, se encuentra la vortioxetina, la cual además de su efecto antidepresivo, promete mejorar los síntomas cognitivos del TDM con un perfil más tolerable de efectos adversos (Stahl, 2013).

Psicoterapia. La psicoterapia, comúnmente conocida como terapia psicológica, es una forma efectiva de tratamiento para la depresión. A través de la palabra el paciente puede aprender estrategias de afrontamiento y poder realizar una prevención para futuros episodios depresivos. La psicoterapia es una opción de tratamiento puede ir sola o acompañada de medicamentos antidepresivos. El tratamiento psicoterapéutico implica esfuerzo tanto personal

como emocional del paciente ya que el mismo debe reservar tiempo para las sesiones, el desplazamiento y para la reflexión entre sesiones. (López Gómez, 2019)

La psicoterapia está basada en la comunicación verbal, se emplea técnicas psicológicas que ayudan a aliviar la sintomatología depresiva y otros trastornos mentales. Durante la psicoterapia se describen los síntomas, los problemas y algunas experiencias al profesional de la salud mental y que el a su vez aporta con conocimientos. La conversación que mantiene el profesional y el paciente está orientada hacia los pensamientos tanto del pasado como del presente, sus comportamientos, emociones y las relaciones personales. Aunque la base de la enfermedad es bioquímica, el tratamiento farmacológico por sí solo no puede curar la, debido a que también existe un componente emocional, ya sea una pérdida, tensión, conflicto interno. Es por ello que el tratamiento con medicamentos debe acompañarse con la psicoterapia sea cual sea el enfoque que decida el paciente. Es importante mencionar que el 90% del trabajo terapéutico lo realiza el paciente, el terapeuta lo que hace es escuchar, orientar, tratar de modificar los mecanismos de resistencia del paciente para hablar sobre lo que le aqueja. Tal es el caso, que una persona con depresión tiende a negar, puede restar importancia o justificar los síntomas. Es por ello que la información de terceros alegados al paciente es relevante para clarificar el curso del episodio o episodios depresivos. Además, es importante mencionar que dentro de la psicoterapia la herramienta principal es la catarsis, en la que el paciente expulsa a través de las palabras todas aquellas emociones que le hacen daño. Otro propósito de la psicoterapia es reforzar la autoestima del paciente que se ve generalmente afectada, las intervenciones del profesional constituyen un proceso psicoeducativo en el cual el sujeto aprende a tomar partido de su mejoría, cambia hábitos dañinos y modifica su manera de enfrentar la vida. Además de identificar los comportamientos y pensamientos negativos, los convertirá en positivos, el objetivo de la psicoterapia no es solo aliviar los síntomas de la depresión sino también mejorar la actitud global de hacer frente a la vida en general (APA, 2013).

Existen un sin número de orientaciones psicológicas que pueden emplearse en una persona depresiva. Las psicoterapias que han demostrado mayor eficiencia con la terapia cognitivo conductual y la terapia interpersonal. (López Gómez, 2019)

Terapia Conductual. Pérez y García (2016) señalan que este tipo de enfoque ofrece como planteamiento que la depresión es como cualquier otro trastorno psicológico, dispone de una teoría psicopatológica, de evaluación psicodiagnóstico y del procedimiento terapéutico. Se pueden reconocer seis procedimientos terapéuticos, sobre la concepción de la depresión en

términos de disminución de conducta reforzada positivamente y/o inadecuación de habilidades sociales. Los procedimientos son los siguientes:

1. Programa de actividades agradables: programa estructurado de 12 sesiones, dirigido a cambiar la calidad y la cantidad de las interacciones del paciente mediante el entramiento asertivo, la relajación, toma de decisiones, solución de problemas, la comunicación y el manejo del tiempo. Este programa se ha mostrado efectivo en reducir los niveles de depresión, sin embargo, este programa no ha llegado a ser una terapia con nombre propio.
2. Entrenamiento de habilidades sociales: es también un programa estructurado de 12 sesiones que está dirigido a mejorar tres clases de conducta: la aserción negativa, la aserción positiva y las habilidades conversacionales todas estas en los distintos ámbitos con amigos, con extraños, familia, trabajo y escuela.
3. El curso para el afrontamiento de a depresión (CAD): consta de 12 sesiones con dos más de apoyo, al mes y a los seis meses para ser llevado en grupo. El programa se concibe como psicoeducativo en donde el terapeuta hace el papel de instructor o líder, los participantes son más bien participantes de un curso de aprendizaje que en lugar de pacientes receptores de un tratamiento. Los contenidos del programa son multimodales, sin embargo, se centra en actividades agradables, entrenamiento en habilidades sociales y modificación de cogniciones y finalmente lo que convierte en la última sesión son los planes de vida.
4. Autocontrol de Rehm: asume que la depresión se caracteriza por déficits en el manejo de la conducta, consiste en 6 a 12 sesiones que se centran en cada uno de los aspectos.
5. Solución de problemas: menciona que la depresión ocurrirá ante situaciones problemáticas de tal manera que al no ser resueltas traerán la baja tasa de reforzamiento positivo y de ahí los síntomas depresivos. Consiste en un programa de 8 a 12 sesiones ya sea grupal o individual.
6. Terapia conductual de pareja: trata a la depresión en el contexto de una relación interpersonal, incorpora la relación como elemento esencial, se constata la asociación y se ve la inter-funcionalidad entre ambos. Consiste en el aumento

de actividades agradables y disminución de desagradables, solución de problemas, habilidades de comunicación, establecimiento de expectativas.

Terapia Cognitiva-Conductual. Esta terapia fue desarrollada por Aaron Beck a finales de los años cincuenta (Beck, 1991). Esta terapia tiene el mérito de ser un entrenamiento diseñado de manera específica para la depresión, se ha hecho un nombre como tratamiento psicológico, en el ámbito psiquiátrico. Ofrece un planteamiento completo de la depresión y dispone de una teoría, de una evaluación y de un procedimiento terapéutico. Concibe a la depresión en términos de pensamientos negativos sobre si, el mundo y el futuro debió a errores en el procesamiento de información (Pérez y García, 2016).

En este modelo, la depresión es atribuida a pensamientos negativos acerca de si mismo o del mundo externo que se activan en una variedad de situaciones, en el caso de la depresión se supone que las representaciones son la suma de numerosas experiencias aversivas (Pérez y García, 2016).

Desde este punto de vista, las personas deprimidas de manera regular perciben a los eventos de una forma no favorable para ellos, por lo tanto, la presencia de esquemas de interpretar la conducta puede ser la causa de las interpretaciones negativas. Es por ello que las técnicas de terapia cognitiva están orientadas a contrarrestar los efectos de estos esquemas y crear nuevas propuestas de conducta y alterar los esquemas. El método fundamental de esta terapia es la indagación de los sentimientos y pensamientos del paciente a través de un dialogo socrático de los pensamientos asociados a los estados de ánimo, una persona deprimida malinterpreta los hechos, la terapia cognitiva modifica la forma de entender la realidad, busca cambiar la forma en que el paciente construye un pensamiento y luego modificar su accionar (Jervis, 2005; Zon, 2009).

En el corriente cognitivo conductual, la comprensión e interpretación de los eventos depende de los esquemas los cuáles son el elemento básico de la personalidad, al activarse las personas interpretan los eventos de acuerdo a los lentes de estos. En este modelo provee un marco general que puede incorporar varias estrategias de tratamiento y propone un modelo de etapas: la primera es la evaluación y el involucramiento en la terapia; la segunda, incluye los módulos de terapia activa y la tercera, la prevención de recaídas.

Los módulos de la segunda etapa incluyen acciones en las siguientes áreas:

1. Actividad reducida: incluye guiar a los pacientes para que monitoreen sus actividades diarias, mediante la evaluación en función de su dominio y el placer

que les producen, así también, asignar variedad de actividades simples que se realicen entre las sesiones.

2. Funcionamiento social perturbado: la terapia puede ayudar a incrementar las actividades sociales placenteras; mejorara las destrezas o habilidades sociales; reducir la tendencia al retraimiento social; y aumentar el apoyo social.
3. Manejo inefectivo de estresores recientes: ayuda a los pacientes a evaluar sus estrategias e identificar las efectivas e inefectivas para abordar sus problemas. También pueden aprender a evaluar problemas secundarios y a reducir formas de evasión.
4. Habilidades de resolución de problemas deficiente: aprender a reducir la tendencia a responder impulsivamente o emocionalmente y aprender a pensar la situación para encontrar una solución más razonable. Definir el problema en términos de objetivos concretos.

Terapia Interpersonal. Es un procedimiento diseñado para intervenir en trastornos depresivos, basada en el antecedente del modo de pensar de la psiquiatría que se conoció en Estados Unidos como psiquiatría interpersonal que arranca de la obra de Adolf Meyer y Harry Sullivan, sin embargo, no se trata de una aplicación de los principios generales de esta psiquiatría a los trastornos depresivos, sino que en base a evidencias se pone de manifiesto la importancia de los acontecimientos interpersonales en el desarrollo de los trastornos depresivos. (Pérez, 2018)

Es una psicoterapia centrada en los problemas psicosociales e interpersonales. No se deriva del psicoanálisis, del conductismo ni de la terapia cognitiva, sin embargo, toma como referencia algunos conceptos de estas corrientes. Contribuye a acrecentar las habilidades interpersonales y su dominio en el ámbito psicosocial. Es una herramienta esencialmente eclética que se concreta entre la conexión que existe entre la patología y el contexto psicosocial, otorgando mayor importancia al presente, examina las relaciones personales e interviene en la formación de los síntomas y así mismos en la disfunción social asociada al episodio depresivo. (Heerlein, 2002)

En este tipo de terapia, lo psicosocial se refiere a los diferentes roles que desempeña el paciente y sus interacciones con el ambiente. Estos roles y relaciones se pueden alterar debido a las sobrecargas emocionales, laborales, conflictos y pérdidas, por lo que, la alteración debida a sobrecarga tiende a minorar fuerzas, las debido a conflictos producen angustia y las debido a pérdidas genera depresión.

La psicoterapia interpersonal muestra o plantea tres niveles de abordaje:

- Los síntomas
- Las relaciones sociales e interpersonales
- Los conflictos

En esta terapia no se considera importante los rasgos de personalidad ni los factores existenciales y/o antropológicos, dado que su misión es aliviar los síntomas y ayudar al paciente a elaborar estrategias para afrontar las dificultades sociales e interpersonales. Se hace énfasis en la actualidad del paciente, aunque se considera el pasado sólo para entender mejor el estilo de interacción del paciente, trabaja con las cogniciones, pero no de forma estructura, no se utiliza protocolos, tareas o autorregistros. Es decir, en su forma original es un tipo de psicoterapia breve que se realiza una sesión por semana a lo largo de 3 a 6 meses. (Etchebarne et al., 2008)

Según la MentSalud (2020) este enfoque de psicoterapia contempla cuatro focos de tensión:

- Duelo complicado: es normal sentir tristeza cuando se pierde un ser querido, pero a veces la tristeza se extiende y se convierte en patológica. La persona inicia una depresión con frecuencia cuando la relación con el fallecido ha sido muy intensa emocionalmente; cuando quedan asuntos pendientes o cuando las circunstancias de la muerte han sido traumáticas.
- Transición vital/transición de rol: todas las etapas de cambio implican perder y ganar, muchas veces renunciar a lo conocido y comprometerse con lo desconocido. Ante estos cambios, si son bruscos o la persona no dispone de las estrategias de afrontamiento necesarias, pueden desencadenar una depresión. Estas transiciones pueden ser esperadas como el cambio a la adolescencia, a la adultez o a la vejez; o inesperadas como rupturas sentimentales, separaciones de seres queridos, cambios laborales o deterioro físico.
- Disputa interpersonal: consiste en la presencia de un desacuerdo en un tema importante con alguien significativo para la persona. Cuando ocurren estos conflictos es muy frecuente que se acompañen de sentimientos como culpa, resentimiento o impotencia que, si se mantienen, terminan desembocando en una depresión.

- Déficits interpersonales: somos seres sociales y necesitamos establecer y mantener vínculos afectivos y la falta de ellos o la insatisfacción con los mismos conduce al aislamiento, depresión o sensación de vacío.

La terapia interpersonal se ha mostrado efectiva especialmente para lo que fue elaborada, y a partir de ahí se utilizado para otros trastornos como las adicciones o trastornos de la conducta alimentaria. Los estudios demuestran que es una alternativa o complemento valido para la continuación o mantenimiento del tratamiento de la depresión (Pérez, 2018).

4.1.7. Instrumentos de Evaluación

Inventario de Depresión de Beck (BDI). Es un inventario tipo Likert diseñada en 1979 por Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown. Es una herramienta muy utilizada en la valoración de síntomas depresivos. Es un auto informe que consta de 21 preguntas para detectar y evaluar la gravedad de la depresión, con una duración de 5 a 10 minutos, cuenta con opción de respuesta de 0 a 3 describiendo el grado en el que nos identificamos con la realidad y puede aplicarse a partir de los 13 años (Sabater, 2019; Tabares et al., 2020). Mide lo siguiente:

- Tristeza
- Pesimismo
- Sensación de fracaso
- Pérdida de placer
- Sentimientos de culpa
- Sentimientos de castigo
- Disconformidad con uno mismo
- Autocrítica
- Pensamientos suicidas
- Llanto
- Pérdida de interés
- Indecisión
- Pérdida de energía
- Hábitos de sueño

- Irritabilidad
- Cambios en el apetito
- Problemas de concentración
- Fatiga
- Pérdida de interés en el sexo

A partir de la suma total de los puntos se consideran 6 niveles de depresión:

- 1-10 = Estos altibajos son considerados normales.
- 11-16 = Leve perturbación del estado de ánimo.
- 17-20 = Depresión leve.
- 21-30= Depresión moderada.
- 31-40 = Depresión grave.
- 40+ = Depresión extrema.

La finalidad de la prueba es evaluar la severidad de los síntomas relacionados con aspectos cognitivos y emocional (Rodríguez y Farfán, 2015).

Nombre Original. Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II).

Autor. Fue elaborada por Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown en el año de 1979.

Introducción/Objetivo de Evaluación. Su diseño fue con el objetivo identificar y medir la severidad de los síntomas típicos de la depresión en adultos y adolescentes relacionados con aspectos cognitivos y emocionales.

Aplicación. Puede ser aplicado a partir de los 13 años de edad

Confiabilidad y validez. El inventario fue adaptado en una población universitaria colombiana (Maldonado et al., (2021) en cuanto a la fiabilidad se obtuvo una Alfa de Cronbach de 0,91 y como prueba de validez, se encontraron correlaciones ítem-test entre 0,31 y 0,67 estadísticamente significativas.

El esquema del contenido del inventario de depresión se encuentra en el apartado anexos como número 10.

4.2. Insuficiencia Renal Crónica

4.2.1. Definición

Primero tenemos que partir de que esta condición en el fondo parte de lo que es la injuria renal, es decir el daño renal. Está caracterizado por la disminución del flujo sanguíneo renal o la pérdida de función de la filtración, finalmente de la sangre. En este caso la injuria renal puede ser aguda y que va a estar explicitada como la lesión renal aguda o puede ser crónica que en este caso es la enfermedad renal crónica.

La insuficiencia renal significa que los riñones no están funcionando bien, estos órganos tienen la apariencia de frejol y tienen el tamaño de un puño, se encuentran localizados en la parte media-baja de la espalda, unidos a la vejiga por el uréter, cada riñón posee un millón de unidades filtradoras denominadas nefronas. Los riñones están encargados de procesar la sangre y de esta manera eliminar sustancias tóxicas y el exceso de líquido a través de la orina. La insuficiencia renal crónica se desarrolla por el déficit en la función que cumplen los riñones relacionada de manera directa con el deterioro, disminución y la pérdida de las nefronas encargadas de la filtración de la sangre para de esa manera regular el nivel de gua y sustancias solubles a través de la absorción y excreción (Aranalde, 2015; NKF, 2017).

La insuficiencia renal crónica (IRC) se define como “la pérdida progresiva, permanente e irreversible de la tasa de filtración glomerular a lo largo de un tiempo variable, a veces incluso años, expresada por una reducción del aclaramiento de creatinina estimado < 60 ml/min/1,73 m2” (Gómez et al., 2006, p. 637).

También se puede definir como:

> La presencia de daño renal persistente durante al menos 3 meses, secundario a la reducción lenta, progresiva e irreversible del número de nefronas con el consecuente síndrome clínico derivado de la incapacidad renal para llevar a cabo funciones depurativas, excretoras, reguladoras y endocrino metabólicas. Se evidencia del daño por medio de marcadores como: albuminuria, anomalías en los sedimentos urinarios, electrolitos alterados y otras anomalías debido a trastornos tubulares, anomalías detectadas por histología, anomalías detectadas por imagen o historial de trasplante. (Cen et al., 2020)

4.2.2. Etiología

La enfermedad renal crónica se ha convertido en una patología que ha pasado de ser una enfermedad que afectaba a pocos individuos y que era tratada por nefrólogos, a ser una patología común dando lugar a que otras especialidades precisen su conocimiento. Actualmente es la sexta causa de muerte, provocando cerca de 2.4 millones de muerte. (Gárate et al., 2019)

Martínez et al., (2020) menciona que las causas principales de esta enfermedad residen en trastornos con una alta prevalencia como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la enfermedad vascular y además asociada con el envejecimiento.

Por otro lado en el portal web de Mayo Clinic (2021) se menciona que la enfermedad crónica se manifiesta cuando otra enfermedad afecta la función renal y causa que el daño empeore en algunos meses o años, tales como: Diabetes tipo 1 o tipo 2; Presión arterial alta; Glomerulonefritis, una inflamación de las unidades de filtración de los riñones (glomérulos); Nefritis intersticial, una inflamación de los túbulos del riñón y las estructuras circundantes; Enfermedad renal poliquística u otras enfermedades renales hereditarias; Obstrucción prolongada de las vías urinarias, derivada de afecciones como el agrandamiento de próstata, cálculos renales y algunos tipos de cáncer; Reflujo vesicoureteral, una afección que hace que la orina regrese a los riñones; Infección renal recurrente, también denominada pielonefritis. Así mismo se menciona a la presión alta, hábito de fumar, obesidad, antecedentes familiares de ERC, edad avanzada y el uso frecuente de medicamentos como factores de riego para esta enfermedad.

Para Mora et al., (2017) las causas fundamentales en nuestro país, la primera de ellas es la diabetes mellitus en un 30% de los pacientes que la padecen se van a afectar el riñón y van a provocar insuficiencia renal; la otra causa es la hipertensión arterial sistémica, que a lo largo de 10 años va a provocar nefropatía o nefro angioesclerosis que va a generar daño renal; la tercera causa son enfermedades inherentes a los riñones que se llaman glomerulonefritis o glomérulopatías, estas enfermedades son intrínsecas o propias de los riñones y también conducen a insuficiencia renal; la cuarta causa pueden ser enfermedades sistémicas secundarias como el lupus eritematoso sistémico u otras como cáncer o enfermedades crónico-degenerativas que también afectan a los riñones; la quinta causa son enfermedades del tracto urinario que a la larga van degenerando y haciendo desarrollando fibrosis; por último, hay enfermedades inherentes desde el nacimiento que se desarrollan en diversas etapas de la vida, como la enfermedad renal poliquística que es una enfermedad transmitida genéticamente y que se

desarrolla entre los 20 y los 40 años y puede ser una causa importante de insuficiencia renal. No menos importante en la actualidad también cabe aclarar que hay enfermedades debido al uso de medicamentos que está mucho más en boga, como los analgésicos, los antiinflamatorios que se prescriben y algunas veces sin auto prescribirse y que da lugar a la automedicación, si se consumen por un tiempo mayor a una semana pueden generar directamente toxicidad renal y e insuficiencia renal ya sea aguda o crónica.

4.2.3. Clasificación

La enfermedad renal crónica se divide en cinco etapas, cada una de ellas se relaciona con la filtración glomerular estimada (eGFR) y con la capacidad que tienen los riñones para depurar los desechos y la de eliminar el exceso de líquido en la sangre. Cuanto más alta o mayor es la etapa de la ERC mayor es el daño de los riñones y por tanto peor es su funcionamiento, por ello en cada etapa es importante tomar medidas para retrasar el daño renal. (Soriano, 2004)

Cardoso et al., (2016) clasifican a la ERC en las siguientes etapas:

- Etapa 1: esta es la primera etapa de la enfermedad, los pacientes que se encuentran en esta primera etapa, pueden presentar un funcionamiento normal, con una tasa de filtración glomerular de 90ml/min y daño renal leve que puede pasar por desapercibido al no presentar síntomas, pero es posible que se presente otras señales como la presencia de proteínas en la orina. El especialista debe identificar la causa del origen de la alteración y retrasar el avance. Lo primordial es realizar un eGFR y llevar un estilo de vida saludable.
- Etapa 2: las personas en este estadio presentan una caída de eGFR entre 60 y 89 ml/min, los riñones aun funciona bien por lo que no se evidencian síntomas y es posible la presencia de proteínas en la orina como el daño físico de los riñones.
- Etapa 3: la ERC en esta etapa significa que la eGFR está entre 30 y 59 ml/min, la persona tiene un daño renal moderado, los riñones no hacen como es debido la función de depurar los desechos y eliminar el líquido extra en la sangre. Estos desechos causan otros problemas de salud como la presión arterial alta, y además podrían presentar síntomas como desnutrición, dolor de los huesos, dolor inusual, entumecimiento, disminución de la agudeza mental, hinchazón de los pies y manos, cansancio y malestar general. Este estadio se divide en dos etapas según la eGFR:
    - 3 a: la eGFR está entre 45 y 59 ml/min.

    - 3 b: la eGFR está entre 30 y 44 ml/min.

- Etapa 4: esta se denomina fase tardía o pérdida grave de la función renal, la eGFR está entre 15 y 29 ml/min y la persona tiene un daño renal de moderado a severo, los riñones no cumplen su función y estos desechos se acumulan en el cuerpo causando problemas de salud como presión arterial alta, alteraciones en los huesos e insuficiencia cardiaca, además niveles anormales de fosforo, calcio y vitamina D. Esta etapa es la última antes del fallo renal, es importante acudir periódicamente al especialista y considerar el tratamiento de diálisis, nefrectomía o trasplante renal.
- Etapa 5: aquí la eGFR es menor a 15 ml/min y la persona tiene un daño renal severo, ninguno de los riñones trabaja lo suficiente para mantener saludable al organismo. Algunos de los síntomas son uremia, anemia, fatiga, dificultad para respirar, náuseas, vómitos, dolor en la zona lumbar, niveles anormales de tiroides entre otros. Aunque esta fase sea la terminal no significa la pérdida de la vida. El especialista debe valorar el tratamiento y la posibilidad de un trasplante.

4.2.4. Manifestaciones Clínicas

En las primeras etapas de la IRC es posible que no se presenten síntomas. El deterioro en la función de los riñones por lo general es lento, por lo que cuando ya existen síntomas significa que los órganos ya casi han dejado de funcionar. Cuando una persona tiene insuficiencia renal crónica, debido a la función que cumplen los riñones, la mayoría de las funciones y los sistemas corporales se ven afectados:

- Hipertensión arterial
- Hemogramas bajos
- Vitamina D y salud de los huesos

López de Arcariz (2017) y SuportaMed (2022) mencionan que los primeros síntomas de la IRC pueden ser confundidos con otros que se relacionan con otras enfermedades, de ahí la importancia de un diagnóstico adecuado para su identificación temprana:

- Fatiga y malestar general
- Picazón y resequedad de la piel

- Dolor de cabeza sin razón aparente
- Falta de apetito
- Pérdida de peso
- Nauseas

Cuando la IRC se encuentra ya en etapas más avanzadas los síntomas pueden ser los siguientes:

- Somnolencia y problemas de concentración
- Dolor de los huesos
- Oscurecimiento o aclaramiento de la piel sin razón aparente
- Mal aliento
- Entumecimiento e hinchazón de manos y pies
- Calambres de manos y pies
- Hipo frecuente
- Sangre en las heces
- Susceptibilidad a hematomas
- Sed excesiva
- Problemas con la actividad sexual
- Amenorrea
- Alteración del sueño
- Vomito
- Problemas para respirar

4.2.5. Tratamiento de Hemodiálisis

Para el NIH (2018) la hemodiálisis es:

Un tratamiento para filtrar las toxinas y el agua de la sangre, como lo hacían los riñones cuando estaban sanos. Ayuda a controlar la presión arterial y a equilibrar los minerales importantes en la sangre como el potasio, el sodio y el calcio.

Por otro lado, para Yuguero et al., (2018) la define como:

La hemodiálisis es un tratamiento de sustitución de la función renal que consiste en filtrar la sangre periódicamente. Durante este proceso, la sangre se extrae del organismo y se la hace circular por el dializador, o filtro, donde se eliminan las toxinas acumuladas y el exceso de líquidos. Después se devuelve la sangre limpia al organismo.

La hemodiálisis es una técnica en la que la maquina sustituye las funciones principales del riñón eliminación de sustancias y de líquido y la regulación de líquido-base, se trata de un procedimiento de depuración sanguínea extracorpórea, para realizar la hemodiálisis se necesita un acceso vascular que permita la circulación de la sangre hacia el filtro, este puede ser una fistula arteriovenosa o llamada FAVI o un catéter vascular. Las venas al ser estrechas no se pueden usar para hacer la hemodiálisis, debido a que no permiten obtener bastante flujo. Por ese motivo se requiere del acceso vascular, que mediante intervención quirúrgica se une una arteria con una vena cercana, la fuerza de la sangre de la arteria que pasa a la vena hace que la vena se agrande y se obtiene el flujo necesario para realizar al tratamiento. (Fundación Renal, 2017)

Este tratamiento no es la cura, pero puede ayudar al paciente a mejorar su calidad de vida y mantenerla. Durante el tratamiento de hemodiálisis, ya sea un enfermero/a o técnico de diálisis coloca dos agujas en el brazo del paciente, cada aguja está sujeta a un tubo blando conectado a la máquina de diálisis, la maquina bombea la sangre a través de un filtro y la devuelve al organismo, durante este proceso la máquina verifica la presión arterial y controla que tan rápido fluye la sangre a través del filtro y se extrae el líquido del organismo. La sangre pasa por un extremo del filtro y entra a muchas fibras huecas muy delgadas, al pasar la sangre por estas fibras, la solución de diálisis pasa en dirección opuesta en el exterior de las fibras, las toxinas que están en la sangre pasan a la solución de diálisis, la sangre se filtra y permaneces en las fibras huecas y regresa al organismo. El paciente debe realizarse el tratamiento tres días a la semana en días alternos durante sesiones de entre cuatro o cinco horas, pudiendo ser el caso necesario aumentar la frecuencia de las mismas. (Fundación Renal, 2017)

4.3. Depresión e Insuficiencia Renal Crónica

La enfermedad renal crónica y la hemodiálisis forman cambios en el estado físico y psíquico de los pacientes, debido a las alteraciones somáticas influenciadas por las limitaciones, los procederes invasivos, abandono familiar, estado de dependencia y deterioro de la calidad de vida de los pacientes. La Insuficiencia renal crónica (IRC) induce una alteración en el estado económico, emocional y social de los pacientes. Esto se debe a que, al ingresar en métodos de

depuración renal extracorpórea, los pacientes se ven obligados a someterse a una rigurosa disciplina y a múltiples procedimientos invasivos como cateterismos y medicación endovenosa frecuente. Así mismo, la dieta y la auto inhibición del deseo de beber agua, la ingestión diaria de medicamentos, la incertidumbre de las posibles complicaciones de la enfermedad, el temor a morir, sumado al abandono familiar, la pérdida del estatus social y los cambios en la familia, el trabajo y en lo social. (Díaz et al., 2021)

La depresión es la condición psicológica más común en los pacientes con IRC, sin embargo, es muy poco diagnosticada y suele pasar por desapercibida. La depresión puede tener lugar como una respuesta a la pérdida real o anticipada. Aun cuando la depresión es genéticamente predispuesta, la pérdida muchas veces precipita un episodio depresivo. Los pacientes con IRC que atraviesan algún tipo de terapia real o han pasado por algunas pérdidas como el perder su trabajo, que da lugar a un problema económico, pérdida de la función renal normal, pérdida de su rol en la familia, pérdida o afección en la función sexual, pérdida de tiempo, todas estas pérdidas influyen en la disminución de la calidad de vida y conjuntamente tienen un impacto negativo, a esto se le puede agregar los estresores que aparecen en el transcurso de la enfermedad debido a los medicamentos, limitaciones dietéticas, el miedo a morir y la dependencia a una máquina. (Cremasco y Baptista, 2018)

Durante el transcurso de la enfermedad y el tratamiento de hemodiálisis parecen diferentes formas de subjetivar el problema, como la negación o no aceptación de la enfermedad y de manera conjunta del tiramiento. En algunos casos los pacientes pueden presentar mejoría temporal o también desarrollar otras enfermedades y síntomas que pueden ser difícil su comprensión sino se concibe al ser humano como un todo. Algunos trabajos investigativos sugieren que la depresión esta es una de las variables más críticas en la determinación de la adherencia al tratamiento del paciente renal. (Mesa et al., 2019)

Así mismo se conoce que en los pacientes crónicos, es muy frecuente la presencia de una o más condiciones médicas que desencadenan la depresión, por lo tanto, entre más severa sea la enfermedad, es más probable que la depresión la complique. En la IRC, desde el inicio de la patología, el paciente percibe una alteración o mal funcionamiento físico y que de manera inmediata debe realizar una modificación de sus hábitos de vida para evitar daños mayores en su calidad de vida. Es así que con mayor o menor resistencia la persona enferma empieza a reelaborar el sentido de la muerte con una proyección de inmediatez que conlleva a la reestructuración de sus sueños, metas, aspiraciones y proyecto de vida que generalmente se refieren al desarrollo personal, familiar, de pareja, profesión, entre otros. (Jaramillo et al., 2020)

En esta situación en la que sintomatología orgánica se presenta desencadenando una urgencia vital, la subjetivación se convierte en un elemento clave respecto a la actitud que tiene la persona de su enfermedad y de los estados tanto volitivos, afectivos y cognitivos que se estructuran e implican en su manera de afrontar la enfermedad. (González et al., 2011)

Frider et al., (2015) al evaluar las pérdidas que tiene el paciente renal, establecen una jerarquía que más allá de lo general, pasan a ser dimensión individual de una persona enferma:

- Salud
- Libertad
- Imagen corporal
- Hábitos
- Autonomía
- Autoestima
- Bienestar físico
- Rola familiar, de pareja
- Sexualidad
- Trabajo y tiempo libre
- Vida en comunidad
- Sueños y metas
- Estilo de vida

Frider et al., (2015) señalan que los efectos de la depresión son de la misma magnitud que los factores de riesgo médico o físico, como resultado se produce una baja inmunidad, dificultad en el cuidado personal, una menor adherencia al tratamiento y a la dieta.

Resulta innegable que la afección de la función renal y posiblemente la pérdida de uno o ambos riñones provoca en las personas diversas limitaciones. Así mismo reacciones psicológicas que abarcan desde ansiedad, frustración, ira e incluso diferentes grados de depresión. De ahí la importancia de la psicología aplicada a la nefrología que se encarga de la adecuación de los conocimientos psicológicos para un mejor y más completa comprensión del paciente renal.

4.4. Compañía de Unidad Renal Nefroloja CIA Ltda

Nefroloja es una clínica especializada en el tratamiento de Insuficiencia Renal Crónica (IRC), fue fundada el 15 de marzo del 2011 cumpliendo actualmente con 11 años de servicio.

4.4.1. Ubicación

Esta clínica de especialidad está ubicada en la calle César Alberto Ortega y avenida Oriental de Paso, sector El Valle de la ciudad de Loja.

4.4.2. Cartera de Servicios

Ofrece unos servicios y tratamientos integrales a pacientes con IRC dentro de los cuales se destacan los siguientes:

- Hemodiálisis
- Consulta médica de especialidad – Nefrología
- Colocación de accesos vasculares para diálisis
- Atención médica integral
- Psicología clínica
- Terapia nutricional especializada
- Trabajo social
- Laboratorio clínico
- Farmacia
- Transporte a pacientes en programa de hemodiálisis

4.4.3. Servicio de Hemodiálisis

La Unidad Renal Nefroloja cuenta con 40 máquinas con filtro dializador o riñón artificial, estas se encuentran divididas en 2 salas adecuadas con normas de bioseguridad y asepsia, para lo cual cuenta con personal especializado tanto para el manejo de pacientes y equipamiento.

El tratamiento de hemodiálisis se realiza tres veces por semana con una duración de 4 horas por sesión, por lo cual esta clínica divide a sus pacientes en 2 grupos en diferentes horarios de la siguiente manera:

GRUPO 1: lunes, miércoles y viernes

- Turno 1: de 4h30 am a 8h30 am
- Turno 2: de 9h30 am a 13h30 pm

- Turno 3: de 14h30 pm a 18h30 pm
- Turno 4: de 19h30 a 23h30 pm

GRUPO 2: martes, jueves y sábado

- Turno 1: de 4h30 am a 8h30 am
- Turno 2: de 9h30 am a 13h30 pm
- Turno 3: de 14h30 pm a 18h30 pm

Actualmente cuenta con alrededor de 200 pacientes que asisten a hemodiálisis, la mayor parte de ellos son referidos por la red de salud pública del país, lo cual ha ayudado a que se constituya como una de las unidades renales más grandes de la ciudad de Loja. Además, brinda capacitaciones constantes tanto al personal de salud como a los pacientes acerca de este tratamiento y el manejo del mismo.

5. Metodología

5.1. Enfoque

Se realizó una investigación con enfoque cuantitativo mediante de la recolección y medición de datos cuantificables a través de la aplicación de reactivos orientados a identificar variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, ocupación y nivel de depresión. Además, de obtener información objetiva, libre de influencia o manipulación, basada principalmente en la recolección de datos empíricos que permitieron establecer conclusiones y recomendaciones.

El estudio cuenta con un alcance de tipo descriptivo por que permitió tener datos más precisos de la presencia de depresión en personas con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis y si esto alcanza un nivel patológico, poniendo conocimiento la comorbilidad de una patología física y una mental. Fue de enfoque transversal dado que la información se obtuvo en un solo momento con el objetivo de describir las variables y establecer su prevalencia.

5.2. Tipo de Diseño de Investigación

El diseño de la investigación fue no experimental dado que no se manipulo o altero la variable de estudio, buscando determinar la existencia y prevalencia de depresión en pacientes en tratamiento de hemodiálisis, se procedió a la recolección de datos en base a la aplicación de una ficha sociodemográfica y la aplicación de un reactivo psicológico para identificar el nivel de depresión existente.

5.3. Área de Estudio

La investigación se realizó en la Compañía de Unidad Renal Nefroloja, esta clínica de especialidad está ubicada en la calle César Alberto Ortega y avenida Oriental de Paso, sector El Valle. La empresa fue fundada el 15 de marzo del 2011 cumpliendo actualmente 11 años de servicio, teniendo como objetivo de brindar un tratamiento integral a pacientes con insuficiencia renal crónica, de una forma eficiente, oportuna y eficaz, constituyéndose en la clínica más grande de Loja en servicio de diálisis.

Para el servicio de hemodiálisis Nefroloja cuenta con 40 máquinas especializadas atendiendo alrededor de 100 pacientes diarios, la mayor parte de estos por la red de salud pública del país, tanto de la provincia de Loja como de Zamora Chinchipe.

5.4. Población

La población considerada para la presente investigación fueron pacientes en tratamiento de hemodiálisis de ambos sexos, en edades comprendidas de entre 18 a 80 años que hayan estado en tratamiento de hemodiálisis de 6 meses en adelante, dando una población de alrededor de 156 pacientes.

5.5. Muestra

El tipo de muestreo fue no probabilístico intencional por conveniencia, por lo cual se realizó el acercamiento a cada uno de los pacientes para la socialización del tema y objetivos de la investigación, la muestra estuvo constituida por 93 participantes que aceptaron de forma voluntaria ser parte del estudio, procediendo a solicitar la firma del consentimiento informado y el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión.

5.6. Criterios de Inclusión

- Pacientes que tengan edades comprendidas entre 18 a 80 años.
- Pacientes que lleven de 6 meses en adelante en tratamiento de hemodiálisis.
- Pacientes que de manera voluntaria decidan participar en el estudio y que hayan firmado el consentimiento informado.

5.7. Criterios de Exclusión

- Pacientes que presenten deterioro físico o mental que les impida participar de la investigación.
- Usuarios que no estén dispuestos a ser partícipes de la investigación y que no hayan firmado el consentimiento informado.

5.8. Técnicas

Para desarrollar la investigación se hizo uso de una ficha diseñada por la investigadora con el objetivo de obtener información sociodemográfica y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-2) para identificar los niveles de depresión presentes en la población de estudio.

5.9. Instrumentos de Recolección de Datos

Para la recolección de datos e información fue necesaria la aplicación de los siguientes instrumentos:

- **Consentimiento Informado. ANEXO 8.** Este instrumento en el presente trabajo investigativo fue elaborado por la autora, estuvo destinado a pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis en la Unidad Renal Nefroloja, se basó en los principios éticos de confidencialidad, beneficencia, y autodeterminación, el cual garantizó la libre voluntariedad a participar; luego de que cada paciente haya sido informado de forma clara sobre el objetivo de la investigación, dentro de la misma se solicitó datos personales: nombres y apellidos, número de cédula y firma de constancia.
- **Ficha sociodemográfica. ANEXO 9.** Encuesta que fue diseñada por la investigadora a través de la cual se registró información sobre datos como: edad, sexo, estado civil, religión, tiempo en tratamiento de hemodiálisis, horario de hemodiálisis y autosuficiencia. Antes de su aplicación fue revisada y validad por el psicólogo clínico de la Unidad Renal Nefroloja.
- **Inventario de depresión de Beck (BDI-2). ANEXO 10**. Es un inventario tipo Likert diseñada en 1979 por Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown. Es una herramienta muy utilizada en la valoración de síntomas depresivos. Es un auto informe que consta de 21 preguntas para detectar y evaluar la gravedad de la depresión, con una duración de 5 a 10 minutos, cuenta con opción de respuesta de 0 a 3 describiendo el grado en el que nos identificamos con la realidad y puede aplicarse a partir de los 13 años (Sabater, 2019; Tabares et al., 2020). Tras la suma total de la puntuación, se obtiene un total que va de 0 a 63 y a partir de esto se consideran cuatro niveles de depresión:
    - 1-10 = Estos altibajos son considerados normales.
    - 11-16 = Perturbación del estado de ánimo.
    - 17-20 = Depresión leve.
    - 21-30= Depresión moderada.
    - 31-40 = Depresión grave.
    - 40+ = Depresión extrema.

5.10. Procedimiento

La investigación se ejecutó a través de las siguientes etapas:

Primera etapa: Se realizó una extensa búsqueda bibliográfica con respecto a las variables de estudio que sustenten el proyecto de investigación.

Segunda etapa: Una vez aprobado el tema de investigación, se procedió a realizar trámites necesarios dirigidos a las autoridades del área de estudio, ejecutando una solicitud escrita para llevar a cabo la investigación correspondiente, con el objetivo de informar lo que se va a desarrollar, en conjunto a los objetivos y muestra seleccionada, así como la obtención de la autorización para la aplicación de reactivos psicológicos.

Tercera etapa: Luego de la autorización para la ejecución de la investigación se estableció el contacto con la población, socializando a cada participante el tema y finalidad del estudio. A continuación, se procedió a la aplicación de los instrumentos psicológicos, respetando la confidencialidad de los participantes.

Cuarta etapa: Por último, posterior a la obtención de datos se hizo la organización y análisis de resultados, los mismos que a través de Microsoft Excel se realizó la configuración de una base de datos para establecer frecuencias y porcentajes. Finalmente, a través de un proceso de síntesis e interpretación se dio cumplimiento a cada objetivo planteado, permitiendo además la elaboración de la discusión, determinación de conclusiones y planteamiento de recomendaciones.

5.11. Equipos y Materiales

Para llevar a cabo la investigación y el cumplimiento de los objetivos planteados en la misma se hizo uso de múltiples equipos detallados a continuación: internet para la elaboración y obtención de literatura del marco teórico, uso de computador portátil donde se tuvo acceso a Microsoft Word para la elaboración del proyecto de titulación, también se hizo uso del programa Microsoft Excel para la tabulación y análisis de datos. Como materiales se utilizaron la ficha sociodemográfica y el reactivo psicológico descrito anteriormente.

5.12. Análisis Estadístico

Una vez se aplicaron los instrumentos psicológicos y obtenidos los datos por parte de los pacientes se utilizó el programa Microsoft Excel, en donde se ingresó dicha información, se clasificó y tabuló en una base de datos, de esta forma se realizó un análisis estadístico descriptivo de la variable principal y el establecimiento de la prevalencia de depresión en pacientes dependientes a hemodiálisis, datos que se representaron a través de tablas de frecuencia los cuales se encuentran en el apartado de resultados.

6. Resultados

6.1. En Cumplimiento al Objetivo General

Identificar la presencia de depresión en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis.

Tabla 1

Depresión en Pacientes con IRC en Tratamiento de Hemodiálisis

Estados de Ánimo	Frecuencia	%
Altibajos considerados normales Perturbación del estado de ánimo	34	36,55
Depresión	**Frecuencia**	**%**
Depresión leve Depresión moderada Depresión grave Depresión extrema	59	63,43
TOTAL	93	100,00

***Fuente*:** Inventario de depresión de Beck aplicado a pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis en la Unidad Renal Nefroloja.

***Elaborado por*:** Nadia Paola Vallejo Avila.

Análisis:

En la Tabla 1, en cumplimiento del objetivo general que tiene como fin identificar la presencia de depresión en pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis, dando como resultado que 59 pacientes que representa el 63,43% de la muestra total presentaron niveles de depresión, lo cual indica la presencia significativa de esta patología emocional dando cumplimiento al objetivo.

6.2. En Cumplimiento al Primer Objetivo Específico

Evaluar los niveles de depresión en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis a través del Inventario de Depresión de Beck.

Tabla 2

Niveles de Depresión en Pacientes con IRC en Tratamiento de Hemodiálisis

Niveles de Depresión	Frecuencia	%
Altibajos considerados normales	16	17,20
Perturbación del estado de ánimo	18	19,35
Depresión leve	5	5,38
Depresión moderada	44	47,31
Depresión grave	9	9,68
Depresión extrema	1	1,08
TOTAL	93	100,00

***Fuente*:** Inventario de depresión de Beck aplicado a pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis en la Unidad Renal Nefroloja.

***Elaborado por*:** Nadia Paola Vallejo Avila.

Análisis:

En la Tabla 2, en cuanto al cumplimiento del primer objetivo específico con relación a la evaluación de los niveles de depresión en pacientes con IRC en tratamiento de Hemodiálisis a través del Inventario de Depresión de Beck, se obtuvo que, del total de las respuestas brindadas por la población de estudio el 5,38% de la población presentó depresión leve. Un 47, 31% presentó depresión moderada siendo este el nivel de depresión con más prevalencia dentro de la población de estudio. El 9, 68% presentó un nivel de depresión grave. Finalmente, en una menor proporción de 1.08% presentó un nivel de depresión extrema.

6.3. En Cumplimiento al Segundo Objetivo Específico

Identificar la prevalencia de depresión en la población de estudio en relación a la edad, sexo y tiempo en tratamiento de hemodiálisis.

Tabla 3

Prevalencia de Depresión en Relación a la Edad en Pacientes en Tratamiento de Hemodiálisis

Niveles / **Edad**	Altibajos considerados normales	Perturbación del estado de ánimo	**Depresión leve**	**Depresión moderada**	**Depresión grave**	**Depresión extrema**	TOTAL
18 años	--	--	--	1	1	--	2
20 a 30 años	2	--	--	--	--	--	2
31 a 50 años	2	--	--	8	--	1	11
51 a 65 años	8	8	3	21	5	--	45
Más de 65 años	4	12	1	13	3	--	33
TOTAL	16	20	4	43	9	1	93

Fuente: Ficha sociodemográfica e Inventario de depresión de Beck aplicados a pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis en la Unidad Renal Nefroloja.

***Elaborado por*:** Nadia Paola Vallejo Avila.

Análisis:

En la tabla 3, en base a identificar la prevalencia de depresión en relación a la edad de la población de estudio, se obtuvo como resultados que, del total de 93 participes que constituyen la muestra, 21 pacientes dentro del rango de edad de 51 a 65 años y 13 pacientes de +65 años presentaron niveles de depresión moderada, representando la mayoría de casos.

Tabla 4

Prevalencia de Depresión en Relación al Sexo en Pacientes en Tratamiento de Hemodiálisis

Niveles / **Sexo**	Altibajos considerados normales	Perturbación del estado de ánimo	**Depresión leve**	**Depresión moderada**	**Depresión grave**	**Depresión extrema**	TOTAL
Femenino	7	7	2	21	5	1	43
Masculino	9	12	2	23	4	--	50
TOTAL	16	19	4	44	9	1	93

Fuente: Ficha sociodemográfica e Inventario de depresión de Beck aplicados a pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis en la Unidad Renal Nefroloja.

***Elaborado por*:** Nadia Paola Vallejo Avila.

Análisis:

En la tabla 4, en cumplimiento a identificar la prevalencia de depresión en relación al sexo de la población de estudio, se obtuvo como resultados que, del total de la muestra, 21 pacientes de sexo femenino y 23 masculinos presentaron niveles de depresión moderada, los cuales representan el mayor índice de casos en ambos sexos.

Tabla 5

Prevalencia de Depresión en Relación al Tiempo en Hemodiálisis

Niveles / **Tiempo**	Altibajos considerados normales	Perturbación del estado de ánimo	**Depresión leve**	**Depresión moderada**	**Depresión grave**	**Depresión extrema**	TOTAL
0 a 4 años	11	3	2	35	7	1	59
5 a 9 años	5	13	2	9	2	--	31
10 a 14 años	--	3	--	--	--	--	3
TOTAL	16	19	4	44	9	1	93

Fuente: Ficha sociodemográfica e Inventario de depresión de Beck aplicados a pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis en la Unidad Renal Nefroloja.

***Elaborado por*:** Nadia Paola Vallejo Avila.

Análisis:

En la tabla 5, en cuanto a identificar la prevalencia de depresión en relación al tiempo en tratamiento de hemodiálisis, de la población de estudio se obtuvo como resultados que, del total de la muestra, 35 pacientes en tiempo de hemodiálisis de 0 a 4 años de tratamiento presentaron niveles de depresión moderada, lo cual representa el mayor número de casos.

6.4. En Cumplimiento al Tercer Objetivo Específico

Diseñar un plan de intervención psicoterapéutico en pacientes que presenten niveles altos de depresión

Tu Dolor, Tu Valor" Plan de Intervención Psicoterapéutico para Pacientes en Tratamiento de Hemodiálisis con Sintomatología Depresiva

Introducción

La depresión está asociada principalmente por un empeoramiento del funcionamiento normal caracterizada por un cuadro clínico de estado de ánimo bajo, pensamientos pesimistas, síntomas subjetivos de gran malestar, cambios en el nivel de las funciones cognitivas, el lenguaje y en otras actividades vegetativas como el sueño, apetito, actividad sexual y otros ritmos biológicos, que pueden repercutir significativamente en el estado físico, y biopsicosocial del individuo. (Martinez, 2015)

El padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica hace a los individuos ser dependientes a Hemodiálisis que es un tratamiento la invasivo de por vida, esto constituye un impacto significativo en la salud mental, siendo más susceptibles a generar patologías emocionales graves, llegando en muchos casos a afectar el manejo de la enfermedad renal o adaptación al tratamiento, poniendo en deterioro progresivo la calidad de vida del paciente.

La OMS (s.f.) hace referencia a la salud como un "estado de bienestar físico, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades", es por ello que es imprescindible la atención integral sobre todo aquellos pacientes en estado de vulnerabilidad.

En base a lo anteriormente mencionado, el presente plan psicoterapéutico está encaminado en disminuir de sintomatología depresiva en pacientes diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de Hemodiálisis, para ello se emplearan técnicas cognitivo conductuales enfocadas en el reconocimiento, manejo y control de distorsiones o rumiaciones cognitivas que estén generando clínica depresiva causando malestar clínicamente significativo en la salud mental del paciente, del mismo modo se hará uso de técnicas de tercera

generación o contextuales que ponen énfasis en mejorar la calidad de vida adaptándose directamente en el contexto en el que se vive diariamente. Además, esta propuesta tiene como punto de partida brindar información clara y precisa que permita a los pacientes entender la importancia de un tratamiento multidisciplinario.

Este plan de intervención resulta de gran importancia debido a que el tener un tratamiento adecuado tanto en la parte medica como psicológica puede mejorar en gran medida la salud integral y funcionalidad de los pacientes, de la misma manera potenciará la mejor adherencia y adaptación a hemodiálisis, así como el mantenimiento de hábitos y conductas que fortalezcan un óptimo estilo de vida en el plano físico y mental del individuo.

Objetivos

Objetivo General.

Disminuir sintomatología depresiva en pacientes sometidos a tratamiento de hemodiálisis mediante técnicas psicoterapéuticas que atiendan de manera eficaz la problemática presente.

Objetivos Específicos.

- Fomentar la adherencia a tratamiento multidisciplinario que permita al paciente desarrollar una mejor adaptación a hemodiálisis.
- Disminuir la presencia de distorsiones y rumiaciones cognitivas que generen una problemática emocional a través de la terapia racional emotiva de Albert Ellis y técnicas de afrontamiento como la detención de pensamiento.
- Promover estrategias que permitan al paciente fomentar su autoconocimiento y desarrollo personal mediante técnicas de tercera generación: activación conductual, mi mejor yo posible y tres bendiciones.
- Mejorar la salud mental en los pacientes en tratamiento de hemodiálisis, optimizando su calidad de vida.

Desarrollo de las Actividades.

FASE 1. Evaluación Inicial y Restablecimiento del Estado de Ánimo.

SESIÓN 1: Establecimiento de una adecuada relación psicoterapéutica

Duración. 45 minutos

Objetivos:

- Generar rapport afianzando la relación terapéutica y de esta forma lograr una adecuada adherencia al proceso psicoterapéutico.
- Obtener información importante acerca de la condición actual, factores de riesgo y protectores que potencien el trabajo terapéutico.

Técnicas:

- Observación clínica.
- Entrevista semiestructurada.
- Escucha activa.
- Motivación.

Metodología: Para iniciar de manera adecuada la intervención se comenzará con la creación de un ambiente empático dando a conocer al paciente el objetivo del plan psicoterapéutico, así como el acuerdo de confidencialidad logrando un enganche al proceso, posteriormente a través de la entrevista semiestructurada se recabara información importante para la creación de la historia clínica psicológica, además conocer punto importantes acerca de los factores de riesgo en el desarrollo o mantenimiento de la sintomatología depresiva, por otro lado también identificar factores protectores que sirvan como red de apoyo para una evolución emocional favorable.

Durante esta sesión al igual que las posteriores se mantendrá una escucha activa y motivación que impulse al paciente a ser actor principal del proceso.

Recursos:

- Psicólogo/a clínico/a de la Unidad Renal
- Paciente
- Consultorio
- Escritorio
- Sillas
- Computador
- Libreta de apuntes
- Esferográfico

SESIÓN 2: Sensibilización hacia la hemodiálisis

Duración: 30 minutos

Objetivos:

- Concientizar al paciente acerca de la importancia de adherirse a un modelo multidisciplinario para mejorar la adaptación a tratamiento y calidad de vida.

Técnicas:

- Psicoeducación.
- Motivación.

Metodología. El psicólogo clínico brindará información clara y precisa acerca de la importancia de una adecuada adherencia a un tratamiento multidisciplinario (médico, farmacológico y psicológico) poniendo a conocimiento las consecuencias y posibles riesgos tanto en su salud física como mental, así como los beneficios de llevar una disciplina correcta en cuanto a su enfermedad y tratamiento llegando a concientizar y motivar al paciente a mejorar su calidad de vida.

Recursos:

- Psicólogo/a clínico/a de la Unidad Renal
- Paciente
- Consultorio
- Escritorio
- Sillas
- Computador
- Libreta de apuntes
- Esferográfico

SESIÓN 3. Conociendo la depresión

Duración: 30 minutos

Objetivo:

- Psicoeducar acerca de la depresión y manifestaciones clínicas permitiendo al paciente la expresión y reconocimiento de la problemática emocional actual para lograr la conciencia de enfermedad y el afrontamiento de la misma.

Técnicas:

- Psicoeducación.
- Escucha activa.
- Contención emocional.

Metodología: El clínico se centrará en dar información clave acerca de la depresión y sus manifestaciones clínicas de manera que se alcance la comprensión y entendimiento de las mismas, para ello el profesional empleará ejemplos claros y objetivos que permitan al paciente identificar en sí mismo los signos y síntomas de la problemática emocional por la cual está atravesando creando una conciencia de la enfermedad, de la misma forma se hará énfasis en la atención oportuna en salud mental para su evolución progresiva y favorable de condición actual.

Recursos:

- Psicólogo/a clínico/a de la Unidad Renal
- Paciente
- Consultorio
- Escritorio
- Sillas
- Computador
- Libreta de apuntes
- Esferográfico

SESIÓN 4: Modificación cognitiva

Duración. 45 minutos

Objetivos:

- Reconocer y modificar ideas irracionales a través de la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis.

Técnicas:

- Dialogo socrático.
- Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis.
- Retroalimentación.

Metodología. A través de una entrevista semiestructurada focalizada en el reconocimiento de pensamientos distorsionados que sean acusantes o estén exacerbando la depresión con el objetivo de modificarlos en base a la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis, lo cual se desarrollará de la siguiente manera:

1. Evaluación y reconocimiento de ideas irracionales presentes en el paciente que estén generando sintomatología depresiva.
2. Se reconocerán las consecuencias emocionales y conductuales derivadas de los pensamientos irracionales de manera que permitan debatirlas y cuestionarlas.
3. Se generarán nuevas creencias o pensamientos racionales que se contrapongan a las distorsiones cognitivas.

Al finalizar se retroalimentará al paciente en la técnica planteada en la sesión y se lo incentivará para practicarla de manera reiterada con el objetivo de ir paulatinamente eliminando o disminuyendo los pensamientos negativos intrusivos.

Recursos:

- Psicólogo/a clínico/a de la Unidad Renal
- Paciente
- Escritorio
- Sillas
- Computador
- Libreta de apuntes
- Esferográfico

SESIÓN 5: Instrucción en habilidades de autoconocimiento y desarrollo personal

Duración: 45 minutos

Objetivos:

- Identificar actividades que generen bienestar emocional potenciando en el paciente su funcionalidad física y mental para adaptarlas y mantenerlas en su diario vivir.

Técnicas:

- Psicoeducación
- Activación conductual

Metodología: El profesional instruirá al paciente mediante psicoeducación acerca de la técnica a trabajar en esta sesión (activación conductual) para ello pedirá al paciente que identifique, describa y enliste actividades placenteras y gratificantes para sí mismo, con el objetivo de adaptarlas de manera progresiva en su vida diaria tomando en cuenta las limitaciones físicas y médicas del paciente, aportando refuerzos positivos, de esta forma activaremos física y mentalmente al paciente logrando estimular una visión optimista y constructiva, promoviendo un cambio de conducta, pensamiento y del estado de ánimo.

Se retroalimentará al paciente en base a lo tratado en la sesión, despejando dudas, además se enviará a realizar las actividades de su preferencia llevando un registro de la misma, reconociendo las sensaciones, emociones o pensamientos que experimente al realizarlas.

Recursos:

- Psicólogo/a clínico/a de la Unidad Renal
- Paciente
- Consultorio
- Escritorio
- Sillas
- Computador
- Libreta de apuntes
- Hojas en blanco
- Esferográfico

SESIÓN 6: Manejo de pensamientos intrusivos

Duración: 45 minutos

Objetivos:

- Entrenar al paciente en identificar y controlar pensamientos que provocan malestar emocional, por pensamientos más adecuados que le permitan al paciente afrontar las situaciones de forma más adaptiva.

Técnicas:

- Psicoeducación
- Técnica de afrontamiento: Detención de pensamientos
- Retroalimentación

Metodología: El profesional empezará explicando al paciente acerca de los pensamientos rumiativos o intrusivos y las consecuencias derivadas de los mismos para los cuales se instruirá en la técnica de detención de pensamientos, para ello el clínico ordenará al paciente cerrar los ojos, posteriormente le pedirá que evoque en su mente y verbalice los pensamientos más constantes e indeseables, en un determinado momento el profesional interrumpirá de manera brusca con una palabra asociada como “Alto” “Stop” o “Basta” o a su vez con una orden externa como un golpe de manos o chasquido de dedos con el propósito de que estas rumiaciones reduzcan su frecuencia.

Se repetirá la técnica con el objetivo de que el paciente se entrene y pueda auto aplicarla sin necesidad de asistencia cuando los pensamientos desagradables interrumpan en su mente.

Recursos:

- Psicólogo/a clínico/a de la Unidad Renal
- Paciente
- Consultorio
- Escritorio
- Sillas
- Computador
- Libreta de apuntes
- Esferográfico

SESIÓN 7: Visión positiva del futuro

Duración: 45 minutos

Objetivos:

- Promover la visión positiva del paciente en el futuro potenciando su funcionalidad física y mental.

Técnicas:

- Psicoeducación
- Mi mejor yo posible

Metodología: Al iniciar la sesión el clínico empezará dando una breve explicación de la técnica a trabajar de manera que el paciente entienda la importancia de la misma, a continuación, solicitará que imagine un futuro lleno de cosas positivas en las áreas más importantes de su vida y los cambios que le gustaría tener o hacer para lograrlo, enfatizando en que las proyecciones que haga sean realistas, una vez que se tenga claro las metas a alcanzar se escribirán los mismos de manera clara y específica, así mismo se describirán las acciones que se realizaran para poder objetivarlos, de esta forma se motivará al paciente a desarrollar estrategias que le permitan ampliar su visión hacia un futuro positivo.

Se indicará al paciente que esta técnica la practicará en casa durante un periodo de 15 días, para ello cada semana escribirá por 10 o 15 minutos acerca de su mejor futuro posible y llevará a cabo acciones pequeñas de manera progresiva que le permitan lograrlo.

Recursos:

- Psicólogo/a clínico/a de la Unidad Renal
- Paciente
- Consultorio
- Escritorio
- Sillas
- Computador
- Libreta de apuntes
- Hojas en blanco
- Esferográfico

Fase 2. Revaloración del Estado de Ánimo y Cierre.

SESIÓN 8: Nueva aplicación del Inventario de depresión de Beck (BDI-2) y cierre terapéutico

Duración: 45 minutos

Objetivo:

- Revaluar el nivel de depresión en el paciente e identificar su evolución emocional a través del Inventario de depresión de Beck (BDI-2)
- Retroalimentar en las técnicas trabajadas durante el proceso terapéutico para identificar la autonomía del paciente en el manejo de la problemática emocional.
- Motivar al paciente a desarrollar una actitud positiva frente a las adversidades cotidianas que se le presenten.

Técnicas:

- Psicoeducación
- Técnica "3 bendiciones"
- Retroalimentación

Metodología: El clínico iniciará con la aplicación del reactivo psicológico "Inventario de depresión de Beck (BDI-2)" para identificar y evidenciar la evolución emocional del paciente a través de los resultados obtenidos.

Se retroalimentará en las técnicas aplicadas durante el transcurso del proceso terapéutico motivando al paciente a desarrollarlas cada vez que considere necesario fomentando su autonomía.

Seguidamente se instruirá en la técnica "3 bendiciones" para se indicará al paciente que diariamente durante las noches antes de ir a dormir haga un análisis de todo su día con el objetivo de identificar 3 cosas positivas por más pequeñas o sencillas que estas sean que pasaron o crearon en él una sensación agradable cuestionándose la razón por las que le sucedieron, para posteriormente agradecer por ellas, de este modo incentivaremos al crecimiento personal y optimismo.

Finalmente se pedirá al paciente que identifique en sí mismo los cambios o avances que ha notado en su estado de ánimo, de este modo haremos un cierre armónico, dando cumplimiento a los objetivos planteados.

Recursos:

- Psicólogo/a clínico/a de la Unidad Renal
- Paciente
- Consultorio
- Escritorio
- Sillas
- Computador
- Libreta de apuntes
- Esferográfico

FASE 3. Seguimiento.

SESIÓN 9: Seguimiento Psicoterapéutico

Duración: 45 minutos

Objetivos:

- Valorar la evolución emocional del paciente para identificar la eficacia del proceso terapéutico.

Técnicas:

- Observación clínica.
- Entrevista semiestructurada.
- Escucha activa.
- Psicoeducación.
- Motivación.

Metodología: Transcurrido un mes del cierre terapéutico, se citará nuevamente al paciente con el objetivo de evaluar a corto plazo el avance en su estado emocional, haciendo énfasis en que el seguimiento tiene como objetivo evidenciar él progreso obtenido, más no iniciar nuevamente todo el proceso terapéutico, además se valorará la verificación de la práctica de las técnicas aprendidas durante el proceso terapéutico.

Se psicoeducará acerca de la importancia de mantener hábitos saludables tanto en su salud física y emocional motivando al paciente a mejorar su calidad de vida y adherencia a tratamiento de hemodiálisis.

Recursos:

- Psicólogo/a clínico/a de la Unidad Renal
- Paciente
- Consultorio
- Escritorio
- Sillas
- Computador
- Libreta de apuntes
- Esferográfico

7. Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo identificar la presencia de depresión en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis, en una muestra constituida por 93 pacientes de la Unidad Renal Nefroloja que accedieron a la participación.

Es importante destacar los resultados obtenidos de la investigación, con respecto a la variable de depresión se identificó que 44 pacientes (47, 31%) presentaron depresión moderada siendo este el nivel de depresión con más prevalencia dentro de la mayor parte de la población de estudio. Así mismo estos resultados guardan relación con los obtenidos en la investigación cuali-cuantitativa dirigida a estudiar el estado emocional de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada en hemodiálisis realizada en Cuba, en el Hospital Universitario Clínico-Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro", Santa Clara, Villa Clara, con una muestra de 116 pacientes en tratamiento de hemodiálisis donde se obtuvieron como resultados una alta prevalencia de depresión en 109 pacientes (93,97 %). Teniendo un predominio de depresión leve y moderada. (Díaz Mederos et al., 2021)

Así mismo en lo que representa a la edad se destacó que pacientes dentro del grupo etario que comprende de los 51 a 65 años presentaron niveles de depresión moderada. Esto guardan relación con los resultados obtenidos de Benítez et al., (2019) en su estudio denominado "Depresión en pacientes de hemodiálisis en el Instituto de Nefrología Dr. Abelardo Buch López, 2015-2016" donde se pudo observar que la frecuencia de paciente con depresión moderada y grave fueron mayores en los que tienen edades entre 45 y 64 años de edad.

En relación al sexo, en esta investigación no se encontró una diferencia estadística significativa en los niveles de depresión en cuanto a pertenecer al sexo masculino o femenino. Estos resultados guardan relación con los hallazgos del proyecto investigativo denominado "Factores relacionados con la depresión en pacientes sometidos a hemodiálisis por insuficiencia renal en Senegal" dentro del cual se tomó en cuenta a 40 hombres y 44 mujeres hemodializados donde se concluyó que el sexo no guarda correlación en la aparición o exacerbación de depresión. (Dialé et al., 2015)

De la misma manera, con respecto a la presencia de depresión en relación al tiempo en tratamiento de hemodiálisis se concluyó que la mayor parte de la muestra que se encontraban desde los 6 meses a 4 años en hemodiálisis presentó depresión haciendo énfasis en el nivel moderado. Los resultados coinciden con el trabajo de Díaz Mederos et al., (2021) en el cual se

determinó que el tiempo en hemodiálisis de 1 a 5 años fue el período más proclive a la presencia de depresión.

En cuanto a los resultados obtenidos de forma general en este trabajo de investigación se establece la clara incidencia de depresión en personas con IRC en tratamiento de hemodiálisis, dado que 59 pacientes (63,43%) de la muestra total presentaron niveles de depresión, lo cual representa una problemática significativa. De forma similar Martínez (2016) evaluó a 58 pacientes del Centro de Diálisis "Cornelio Samaniego" de la ciudad de Loja, de los cuales el 81% tuvo predominio de depresión, lo que corrobora la existencia de la patología emocional en pacientes en tratamiento de sustitución renal.

Este proyecto de resulta de vital importancia para las futuras investigaciones en cuanto al estudio relacionado a las patologías emocionales presentes en pacientes con enfermedades crónicas como la IRC y su tratamiento la hemodiálisis, aportando información de un tema del cual no existe información amplia sobre todo en nuestro medio, lo cual permitirá conocer la problemática emocional actual y de estar forma buscar estrategias que minimicen el impacto de las patologías tanto físicas como mentales, puesto que la mayoría de la población de estudio presentó niveles altos de depresión lo que representa un factor de riesgo en el manejo de la enfermedad y adherencia a tratamiento, confirmando de esta forma la necesidad de un enfoque multidisciplinario en pacientes con enfermedades degenerativas haciendo énfasis en el cuidado y tratamiento de la salud mental, de manera que se fortalezcan sus recursos personales fomentando estrategias afrontamiento y activación en su vida diaria.

8. Conclusiones

- En la presente investigación se encontró la existencia de niveles de depresión moderada, lo cual representa la presencia significativa de esta patología emocional, concluyendo que padecer una enfermedad crónica degenerativa y verse obligados a someterse a un tratamiento intrusivo de por vida, llegando a depender de una máquina para sobrevivir aumenta la probabilidad de la aparición o desarrollo de problemas psicológicos y repercusiones significativas en el estado de ánimo, como en este caso la depresión.
- En relación a la incidencia de trastornos depresivos en la población de estudio se determina una prevalencia similar entre ambos sexos teniendo como resultados que 21 mujeres y 23 hombres presentaron niveles de depresión moderada, los mismos que pertenecen a grupos etarios de 51 a 65 años que se encuentran en hemodiálisis de 6 meses a 4 años.
- En relación a lo mencionado se plantea el diseño del plan psicoterapéutico “Tu dolor, tu valor” donde se toma en cuenta fomentar estrategias de afrontamiento con la finalidad de crear y fortalecer recursos personales para sobrellevar la enfermedad y su tratamiento y de esta manera disminuir el daño psicológico que representa el padecimiento de una enfermedad crónica progresiva mejorando así su calidad de vida.

9. Recomendaciones

- Se recomienda evaluaciones semestrales enfocadas en evaluar el estado emocional de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis con la finalidad de prevenir la exacerbación de la patología emocional persistente y la posible aparición de otros trastornos emocionales.
- Se considera pertinente incorporar abordajes multidisciplinarios en la población de estudio con mayor énfasis en la salud mental con el objetivo de mejorar la adherencia y manejo de la IRC y su tratamiento la hemodiálisis.
- Implementación de terapias grupales, ejercicios de activación física y mental con el fin de dotar a los pacientes de recursos personales para el afrontamiento de dificultades que se presentan en su vida diaria frente a su patología médica.
- Incrementación de personal especializado en salud mental que permita poder cubrir la demanda de atención en relación a la afluencia de pacientes en hemodiálisis.
- Incluir e instruir a la familia de los pacientes sobre estrategias de acompañamiento en la patología medica con el objetivo de crear adecuadas redes de apoyo.
- A partir del presente estudio se sugiere diversas líneas de investigación futuras direccionadas a la población de estudio en base al impacto de la hemodiálisis en la calidad de vida, funcionalidad y desarrollo personal.
- Finalmente, para que exista un progreso en la investigación planteada se podría considerar la evaluación de niveles de ansiedad, estrés y resiliencia en pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis.

10. Bibliografía

American Psychiatric Association. (2013). Manual Estadistico Diagnóstico DSM-5. En *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®* (5a ed.). Editorial Medica Panamericana. https://doi.org/doi-org.db29.linccweb.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm02.

Antonuccio, D. O., Danton, W. G., y DeNelsky, G. Y. (1995). Psychotherapy versus medication for depression: Challenging the conventional wisdom with data. *Professional Psychology: Research and Practice*, *26*(6), 574–585. https://doi.org/10.1037/0735-7028.26.6.574

APA. (2013). *Psicoterapia y depresión*. https://www.apa.org/topics/depression/depresion?partner=nlm

Aranalde, G. (2015). *Fisiología Renal*. CORPUS.

Beck, A., y Alford, B. (2009). *Depression: causes and treatment* (2nd ed.). University of Pennsylvania Press.

Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. En *American Psychologist* (Vol. 46, Número 4, pp. 368–375). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/0003-066X.46.4.368

Benavides E., P. (2017). La depresión, evolución del concepto desde la melancolía hasta la depresión como enfermedad física. *Revistapuce*, *105*, 171–188. https://doi.org/10.26807/revpuce.v0i0.119

Benítez, M. M. B., Sánchez, M. E. R., & Guerra, J. F. (2019). Depresión en pacientes de hemodiálisis en el Instituto de Nefrología “Dr. Abelardo Buch López”, 2015-2016. *Revista del Hospital psiquiátrico de La Habana*, *15*(3). http://revhph.sld.cu/index.php/hph/article/view/53/49

Biglan, A. (1991). Distressed behavior and its context. *The Behavior Analyst*, *14*(2), 157–169. https://doi.org/10.1007/BF03392566

Bogaert García, H. (2012). La depresión: etiología y tratamiento. *Ciencia y Sociedad*, *37*(2), 183–197. https://doi.org/10.22206/cys.2012.v37i2.pp183-197

Borda Pérez, M., Forero, C., Ahcar Cabarcas, N., Hinestrosa, C., Polo Lobo, S., Staaden Garavito, M., y Valencia Mejía, M. (2013). Depresión y factores de riesgo asociados en embarazadas de 18 a 45 años. *SaludUninorte*, *29*(3), 394–405. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81730431007%0A

Calderón Narváez, G. (2001). *Depresión; causas, manifestaciones y tratamiento* (1a ed.). Reimpresa.

Cardoso Arango, E., Sanatana Cruz, I., Moya Legón, E. R., Hernández San Blas, J. C., Cabrera Espinosa, O., y González Cendan, J. M. (2016). Caracterización de la insuficiencia renal crónica (estadio V) en el Servicio de Hemodiálisis del Hospital Provincial General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola" de Ciego de Ávila. *Mediciego*, *22*(3), 29–36. https://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2016/mdc163d.pdf

Casasola Hernández, L. (2020). *Tríada cognitiva de Beck: ¿qué es este modelo teórico sobre la depresión?* Psicología y Mente. https://psicologiaymente.com/clinica/triada-cognitiva-beck

Cen Feng, R. S., Gonza-, K. H., Mena Sánchez, S., Zamora Chaves, D., Zeledón Lopez, J., y Herrera Muñoz, Á. (2020). Enfermedad renal crónica. *Revista Clínica de la Escuel de Medicina UCR-HSJD*, *10*(4), 58–66. https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2020/ucr204i.pdf

Cremasco, G. da S., y Baptista, M. N. (2018). Depression and chronic kidney disease: an integrative literature review. *Psicologia: teoria e práctica*, *20*(3), 360–376. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872018000300014&nrm=iso

De la Graza Guitiérrez, F. (2004). *Depresión, angustia y bipolaridad: Guía para pacientes y sus familiares*. Trillas.

Delgado Arenas, R., Pérez Pérez, M. Á., Julca Vera, T. N., Obregón López, G. M., y Julca Romero, J. A. (2017). Resentimiento y depresión en pacientes con VIH-Sida. *Avances en Psicología*, *25*(1), 59–71. http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2017/R.DELGADO.pdf

Dialé, N. N. N., Mamadou, S. O., Aida, S., Habib, T. M., & Boucar, D. (2015). Factors related to depression in patients undergoing hemodialysis due to renal failure in Senegal. *Psychology (Irvine, Calif.)*, *06*(04), 409–414. https://doi.org/10.4236/psych.2015.64038

Díaz Mederos, E., AlemánTrujillo, R., Santos Treto, Y., Fariñas Peláez, R. A., Martínez López, Y., y Luis Mederos, I. I. (2021). Estado emocional de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada en hemodiálisis. *Medicentro Electrónica*, *25*(3), 399–422. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432021000300399&lang=esGastó

Dougher, M. J., y Hackbert, L. (1994). A behavior-analytic account of depression and a case report using acceptance-based procedures. *The Behavior Analyst*, *17*(2), 321–334. https://doi.org/10.1007/BF03392679

Etchebarne, I., Fernández, M., y Roussos, A. J. (2008). Un esquema clasificatorio para las intervenciones en terapia interpersonal. *Anuario de Investigaciones*, *XV*, 15–30. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139944002

Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. En *American Psychologist* (Vol. 28, Número 10, pp. 857–870). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/h0035605

Freeman, A., y Oster, C. (1995). Trastornos del estado de ánimo. En *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos* (1a ed., pp. 491–541). Siglo XXI de España. https://cideps.com/wp-content/uploads/2015/03/Tratamiento-cognitivo-conductal-Vol-1-Vicente-E.-Caballo.pdf

Frider, B., Silva, M., y Viola, L. (2015). Insuficiencia renal, diálisis y transplante. *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*, *35*(1), 254–260. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199323385003

Fundación Renal. (2017). *Hemodiálisis y diálisis peritoneal*. https://fundacionrenal.com/contenido/hemodialisis-y-dialisis-peritoneal-2/

Gárate Campoverde, M. B., De La Cruz, R. M., Cañarte Baque, G. C., Sarmiento Cabrera, M. J., Delgado Janumis, D. A., y Santana Reyes, M. F. (2019). Patología desencadenante en la enfermedad renal crónica. *Dominio de las Ciencias*, *5*(1), 218–241.

https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/858

Gartlehner, G., Hansen, R. A., Morgan, L. C., Thaler, K., Lux, L., Van Noord, M., Mager, U., Thieda, P., Gaynes, B. N., Wilkins, T., Strobelberger, M., Lloyd, S., Reichenpfader, U., y Lohr, K. N. (2011). Comparative benefits and harms of second-generation antidepressants for treating major depressive disorder: an updated meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, *155*(11), 772–785. https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-11-201112060-00009

Glover, M. (2018). *Trastorno mixto ansioso depresivo: causas, síntomas y tratamiento*. Psicología-Online. https://www.psicologia-online.com/trastorno-mixto-ansioso-depresivo-causas-sintomas-y-tratamiento-3938.html

Gómez Carracedo, A., Arias Muñana, E., y Jiménez Rojas, C. (2006). Insuficiencia renal crónica. En *Tratado de geriatría para residentes* (p. 637). https://doi.org/10.1016/S1886-2845(08)75061-6

González Nieves, Y., Herrera Jiménez, L. F., López Romero, J., y Achón, Z. N. (2011). Características del estado emocional en pacientes con enfermedad renal crónica. *Revista PsicologiaCientifica.com*, *13*(20). https://www.psicologiacientifica.com/enfermedad-renal-cronica-pacientes-estado-emocional/

Granet, R., y Levinson K, R. (2000). *Si crees que tienes depresión*. Guías Básicas de Salud Mental. Robinbook.

Guadarrama, L., Escobar, A., y Zhang, L. (2006). Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Revista De La Facultad De Medicina*, *49*(2), 66–72. https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2006/un062h.pdf

Heerlein, A. (2002). Psicoterapia interpersonal en el tratamiento de la depresión mayor. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, *40*(1), 63–76. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000500005&lng=en&nrm=iso&tlng=en

Hillhouse, T. M., y Porter, J. H. (2015). A brief history of the development of antidepressant drugs: from monoamines to glutamate. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, *23*(1), 1–21. https://doi.org/10.1037/a0038550

Jaramillo López, M. J., Romero Urréa, H. E., Orozco Reyes, M. C., y Reyes Bermeo, A. I. (2020). Estado emocional del paciente con insuficiencia renal crónica. *Salud bienestar colect*, *4*(1). https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1179925

Jervis, G. (2005). *La depresión dos enfoques complementarios*. Editorial fundamentos.

Jervis, G., González Gracía, J. L., y Calvo, J. (2005). *La depresión: dos enfoques complementarios* (1er ed.). Editorial Fundamentos.

Kennedy, S. H., Lam, R. W., McIntyre, R. S., Tourjman, S. V., Bhat, V., Blier, P., Hasnain, M., Jollant, F., Levitt, A. J., MacQueen, G. M., McInerney, S. J., McIntosh, D., Milev, R. V, Müller, D. J., Parikh, S. V, Pearson, N. L., Ravindran, A. V, y Uher, R. (2016). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 3. Pharmacological Treatments. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, *61*(9), 540–560. https://doi.org/10.1177/0706743716659417

Lammoglia, E. (2001). *Las máscaras de la depresión : vivir sufriendo y sufrir viviendo*. México, D.F. : Grijalbo.

Lewinsohn, P. (1976). Clinical and theoretical aspects of depression. En Wilwy (Ed.), *Innovative treatments in psychopathology* (pp. 19–66).

Linde, K., Kriston, L., Rücker, G., Jamil, S., Schumann, I., Meissner, K., Sigterman, K., y Schneider, A. (2015). Efficacy and acceptability of pharmacological treatments for depressive disorders in primary care: systematic review and network meta-analysis. *Annals of Family Medicine*, *13*(1), 69–79. https://doi.org/10.1370/afm.1687

López, A. (2022). *¿Cuál es el origen etimológico del término 'depresión'?* https://blogs.20minutos.es/yaestaellistoquetodolosabe/cual-es-el-origen-etimologico-del-termino-depresion/comment-page-1/

López de Arcariz, A. (2017). *Insuficiencia renal*. Cinfasalud. https://cinfasalud.cinfa.com/p/insuficiencia-renal/

López Gómez, D. (2019). *Tratamiento de la depresión*. menteAmente. https://www.menteamente.com/tratamiento-de-la-depresion

Maldonado Avendaño, N., Castro Osorio, R., y Cardona Gómez, P. (2021). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) en población universitaria colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. https://doi.org/10.1016/J.RCP.2021.08.007

Martínez Ginarte, G., Guerra Domínguez, E., y Pérez Marín, D. (2020). Enfermedad renal crónica, algunas consideraciones actuales. *Multimed*, *24*(2), 464–469. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182020000200464

Martinez, M. (2015). *Urgencias psiquiátricas*. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas

Mayo Clinic. (2021). *Nefropatía crónica*. https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/chronic-kidney-disease/symptoms-causes/syc-20354521

MentSalud. (2020). *Depresión: su tratamiento con Terapia Interpersonal*. https://www.mentsalud.com/depresion-su-tratamiento-con-terapia-interpersonal/

Mesa Benítez, M., Raola Sánchez, M. E., y Fraga Guerra, J. (2019). Depresión en pacientes de hemodiálisis en el Instituto de Nefrología "Dr. Abelardo Buch López", 2015-2016. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, *15*(13). http://revhph.sld.cu/index.php/hph/article/view/53/49

Mora Gutiérrez, J. M., Slon Roblero, M. F., Castaño Bilbao, I., Izquierdo Bautista, D., Arteaga Coloma, J., y Martínez Velilla, N. (2017). Enfermedad renal crónica en el paciente anciano. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, *52*(3), 152–158. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.regg.2016.03.006

NIH. (2018). *Hemodiálisis*. Institutos Nacionales de la Salud. https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-rinones/insuficiencia-renal/hemodialisis#:~:text=La hemodiálisis es un tratamiento,el sodio y el calcio.

NKF. (2017). *La enfermedad renal crónica*. https://www.kidney.org/es/atoz/content/la-enfermedad-renal-crónica-0

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Depresión*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Depresión*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression#:~:text=En un episodio depresivo%2C la,durante al menos dos semanas.

Pérez Esparza, R. (2017). Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, *60*(5). http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000500007

Pérez, F. (2018). *La terapia interpersonal de la depresión de Klerman*. La Mente es Maravillosa. https://lamenteesmaravillosa.com/la-terapia-interpersonal-de-la-depresion-klerman/

Pérez, F. (2019). *Trastorno mixto ansioso-depresivo: definición, causas y tratamiento*. La Mente es Maravillosa. https://lamenteesmaravillosa.com/trastorno-mixto-ansioso-depresivo-definicion-causas-tratamiento/

Pérez, M., y García, J. (2016). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresion. *Psicothema*, *13*, 493–510. http://www.psicothema.com/pdf/471.pdf

Pillajo Pillajo, S. J. (2021). Ansiedad Y Depresión En Pacientes Con Hemodialisis Del Hospital General De Ambato [Tesis de licenciatura, Universidad Técnica de Ambato]. Repositorio institucional. Obtenido de https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/32608

Rehm, L. P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, *8*(5), 787–804. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0005-7894(77)80150-0

Rivadeneira, C., Dahab, J., y Minici, A. (2013). El modelo cognitivo de la depresión. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, *22*, 1–6. http://revista.cognitivoconductual.org/

Rodríguez Amaro, E., y Farfán Rodríguez, D. (2015). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en estudiantes de 5to año de secundaria de Huancayo, 2013. *Revista de Investigación Universitaria*, *4*(2), 71–78. file:///C:/Users/hp/Documents/743-Texto del artículo-983-1-10-20180524.pdf

Sabater, V. (2019, julio 28). *Inventario de depresión de Beck ¿en qué consiste?* https://lamenteesmaravillosa.com/inventario-de-depresion-de-beck-en-que-consiste/

Samaniego, W., Zamudio, S., Muñoz, J., & Muñoz, jesús. (n.d.). Autocuidado en Pacientes con Enfermedad Renal Crónica en Tratamiento de Hemodiálisis. Retrieved February 5, 2022, from http://www.unsis.edu.mx/revista/doc/vol5num13/2_Autocuidado.pdf

Silva, H. (2002). Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. En *Revista chilena de neuro-psiquiatría* (Vol. 40, pp. 9–20). SciELO. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000500002

Soriano Cabrera, S. (2004). Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. En *Nefrología* (pp. 27–34).

Stahl, S. M. (2013). Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications. En *Cambridge University Press*. https://doi.org/10.4103/0973-1229.58825

SuportaMed. (2022). *¿Qué es la enfermedad renal crónica?* https://suportamed.com/enfermedad-renal-cronica/

Tabares, A., Núñez, C., Osorio, M. P., y Aguirre, A. (2020). Riesgo e Ideación Suicida y su Relación con la Impulsividad y la Depresión en Adolescentes Escolares. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, *1*(54), 147–163. https://doi.org/10.21865/ridep54.1.12

Thase, M. E., y Howland, R. H. (1995). Biological processes in depression: An updated review and integration. En *Handbook of depression, 2nd ed.* (pp. 213–279). Guilford Press. https://doi.org/10.1097/00005053-200301000-00022

Yuguero, A., Vera Rivera, M., López Alonso, M. T., Mayorodomo Sanz, Á., Romano Andrioni, B., Quintela Martínez, M., y Monereo Font, M. (2018). *Diálisis*. PortalCLINIC. https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/pruebas-y-procedimientos/dialisis/hemodialisis

Zandio, M., Ferrín, M., y Cuesta, M. (2009). Neurobiología de la depresión. *Revista Mexicana de Neurociencia*, *10*(6), 462–478.

Zon, M. (2009). *¿Qué es la depresión?: guía para pacientes y familiares*. Lumen.

11. Anexos

Anexo 1. Aprobación del Trabajo de Titulación

Loja, 05 de abril del 2022

Dra. Ana Catalina Puertas A.
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA.

De mi consideración.

Por medio de la presente reciba un saludo cordial, en respuesta al oficio N° 146 C.PS.CL-FSH-UNL de fecha 05 de abril del presente, en el cual se solicita se emita el informe de pertinencia del proyecto titulado **"DEPRESIÓN EN PERSONAS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SOMETIDAS A TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS EN LA COMPAÑÍA DE UNIDAD RENAL NEFROLOJA, PERIODO ABRIL/SEPTIEMBRE 2022".,** de autoría de la **Srta. Nadia Paola Vallejo Ávila,** he realizado la reunión con la estudiante, una vez revisado el trabajo y analizar la estructura y coherencia, me permito **dar *pertinencia* al presente proyecto**, debiendo informar que el tema que daría de la siguiente manera. **"DEPRESIÓN EN PERSONAS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SOMETIDAS A TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS, PERIODO ABRIL/SEPTIEMBRE 2022".**
Adjunto al presente el proyecto final aprobado.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente;

ANA CATALINA
PUERTAS
AZANZA

Dra. Ana Catalina Puertas A.
DOCENTE DE LA FACULTAD DE SALUD HUMANA

Anexo 2. Designación de Directora de Trabajo de Titulación

Universidad Nacional de Loja

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Facultad de la Salud Humana

Oficio. No. -342- C.PS.CL- FSH-UNL
Loja, 27 de junio del 2022

Doctora
Ana Puertas Azanza. Mgs
DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL
Ciudad. -

De mi consideración:

Por el presente y dando cumplimiento a lo dispuesto en el "Capítulo II del Proyecto de Tesis, Artículos 133, y 134 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 26 de julio del 2009", una vez que ha cumplido con todos los requisitos y considerando que el proyecto de Tesis fue aprobado; me permito hacerle conocer que está dirección, la ha designado Directora de Tesis del Proyecto adjunto, denominado: **"DEPRESIÓN EN PERSONAS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SOMETIDAS A TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS, PERIODO ABRIL/SEPTIEMBRE 2022".**", autoría de la Srta. Nadia Paola Vallejo Ávila, con C.I 1900801828, estudiante del X ciclo de la Carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana.

Aprovecho la oportunidad para reiterarle mi agradecimiento.

Atentamente,

ANA CATALINA PUERTAS AZANZA

Dra. Ana Puertas Azanza Mgs
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA -UNL

C/c. Nadia Paola Vallejo Ávila
Expediente estudiantil
Archivo

Calle Manuel Monteros
tras el Hospital Isidro Ayora - Loja - Ecuador
072 -57 1379 Ext. 102

Anexo 3. Aprobación para la Ejecución de la Investigación

Clínica NEFROLOJA

Cesar Alberto Ortega y Av. Oriental de Paso
Telf.: 07 261 3951 | 098 499 9150
clinicanefroloja@gmail.com

OFICIO No. 068-DADM.NEFROLOJA-2022
Loja, 16 de mayo de 2022

Estimada
Nadia Paola Vallejo Ávila.
ESTUDIANTE DE LA CARREA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
Loja. –

ASUNTO: APROBACIÓN TRABAJO PREGRADO TEMA "DEPRESIÓN EN PERSONAS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SOMETIDOS A TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS, PERIODO ABRIL/SEPTIEMBRE 2022".

De mi consideración. -

En atención al subproceso trabajos pregrado, mediante el presente se comunica que se autorizado la ejecución del Trabajo Pregrado Tema "Depresión en Personas con Insuficiencia Renal Crónica Sometidos a Tratamiento de Hemodiálisis, periodo Abril/Septiembre 2022", para lo cual se ha destinado el Tutor/Guía por parte de Nefroloja a continuación detallado:

Tutor Nefroloja: Psic. Cl. Cristian Pavel Lanchi Ochoa / Responsable del Área de Psicología.
Correo Electrónico: psicologianefroloja@gmail.com
Teléfono: 099 757 8685

NOTA: Previo a la ejecución del trabajo de pregrado acercarse a la Direccion Administrativa Nefroloja (5to Piso Edificio Nefroloja) en horarios de 16:30 a 18:30 a validar el Acuerdo de Confidencialidad de Manejo de Datos de Pacientes.

Por su cumplimiento y gestión.
Atentamente,

MARIO EMANUEL SILVA MORA
Firmado digitalmente por MARIO EMANUEL SILVA MORA
Fecha: 2022.05.16 17:35:26 -05'00'

f.
Ing. Mario Silva Mora
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
NEFROLOJA CIA. LTDA.

Copia:
Archivo
NEFROLOJA CIA. LTDA.
Sr. Luis Olmedo Mora Espinoza
GERENTE GENERAL NEFROLOJA CIA LTDA
Md. José Luis Mora
COORDINACIÓN DE GERENCIA NEFROLOJA CIA LTDA
Dra. Amada Loján Cuenca
DIRECCIÓN MÉDICA NEFROLOJA CIA LTDA

MSM / msm

FOR. Oficio | v00 **Página 1 de 1**

Anexo 4. Solicitud de Cambio de Objetivos Específicos

Universidad Nacional de Loja

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Loja, 01 de julio del 2022

Dra. Ana Puertas Azanza Mgs.
GESTORA ACADEMICA DE LA CARRERA PSICOLOGIA CLINICA

Ciudad.

De mi consideracion

Yo, **Nadia Paola Vallejo Avila**, con número de cédula **1900801828**, estudiante de la carrera de **Psicología Clínica** de la **Universidad Nacional de Loja**, me dirijo a usted para expresarle un cordial y afectuoso saludo.

Por medio del presente me dirijo a su autoridad con el fin de solicitarle se me autorice el cambio de objetivos especificos de mi proyecto de tesis denominado **"DEPRESIÓN EN PERSONAS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SOMETIDOS A TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS, PERIODO ABRIL/SEPTIEMBRE 2022"**, dicho proyecto investigativo tiene como objetivos:

- Evaluar los niveles de depresión en pacientes con padecimiento renal a traves del Inventario de Depresión de Beck.
- Establecer la correlación de la hemodialisis y desarrollo de depresión en personas dependientes a ese tratamiento.
- Diseñar un plan de intervención psicoterapéutico en pacientes que presentan niveles altos de depresión.

En conjunto con mi tutora de tesis la Dr. Ana Puertas Azanza hemos restablecido y la misma a autorizado el cambio de los objetivos especificos quedando estos de la siguiente manera:

- Evaluar los niveles de depresión en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodialisis a traves del Inventario de Depresión de Beck.
- Identificar la prevalencia de depresión en la población de estudio en relación a la edad, sexo y tiempo en tratamiento de hemodialisis.
- Diseñar un plan de intervención psicoterapéutico en pacientes que presentan niveles altos de depresión.

Atentamente:

Nadia Paola Vallejo Avila
ESTUDIANTE

ANA CATALINA PUERTAS AZANZA

Ana Puertas Azanza
DIRECTORA DE TESIS

Anexo 5. Autorización de Cambio de Objetivos Específicos

Universidad Nacional de Loja

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Facultad de la Salud Humana

Oficio. No. -408- C.PS.CL- FSH-UNL
Loja, 19 de julio del 2022

Señorita
Nadia Paola Vallejo Avila
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL
Ciudad. -

De mi consideración:

Por el presente extiendo un cordial saludo, con respecto a lo solicitado el cambio de objetivos específicos dentro del trabajo de investigación denominado "**DEPRESIÓN EN PERSONAS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SOMETIDOS A TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS, PERIODO ABRIL/SEPTIEMBRE 2022**"; se autoriza la modificación de los mismos, de la siguiente manera:

- Evaluar los niveles de depresión en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodialisis a traves del Inventario de Depresión de Beck.
- Identificar la prevalencia de depresión en la población de estudio en relación a la edad, sexo y tiempo en tratamiento de hemodialisis.
- Diseñar un plan de intervención psicoterapéutico en pacientes que presentan niveles altos de depresión.

Particular que comunico a Ud. para los fines correspondientes.

Atentamente,

ANA CATALINA PUERTAS AZANZA

Dra. Ana Puertas Azanza Mgs
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA -UNL

C/c. Expediente académico
Archivo
APA/tsc

Calle Manuel Monteros
tras el Hospital Isidro Ayora - Loja - Ecuador
072 -57 1379 Ext. 102

Anexo 6. Solicitud de Cambio del Objetivo General

Universidad Nacional de Loja

1859

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Loja, 06 de septiembre del 2022

Dra. Ana Puertas Azanza, Mg. Sc.
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA

Ciudad.

De mi consideración

Yo, Nadia Paola Vallejo Avila, con número de cédula 1900801828, estudiante de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja, me dirijo a usted para expresarle un cordial y afectuoso saludo.

Por medio del presente me dirijo a su autoridad con el fin de solicitarle se me autorice el cambio del objetivo general de mi proyecto de tesis denominado **"DEPRESIÓN EN PERSONAS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SOMETIDOS A TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS, PERIODO ABRIL/SEPTIEMBRE 2022"**, dicho proyecto investigativo tiene como objetivo:

Determinar la relación entre Insuficiencia Renal Crónica y depresión en personas en tratamiento de hemodiálisis.

En conjunto con mi tutora de tesis la Dr. Ana Puertas Azanza hemos restablecido y la misma a autorizado el cambio de objetivo, quedando de la siguiente manera:

Identificar la presencia de depresión en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis.

Atentamente:

Nadia Paola Vallejo Avila
ESTUDIANTE

Firmado electrónicamente por:
ANA CATALINA PUERTAS AZANZA

Ana Puertas Azanza
DIRECTORA DE TESIS

Anexo 7. Autorización de Cambio del Objetivo General

Universidad Nacional de Loja

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Facultad de la Salud Humana

Oficio. No. -459- C.PS.CL- FSH-UNL
Loja, 06 de septiembre de 2022

Señorita
Nadia Paola Vallejo Ávila
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL
Ciudad. -

De mi consideración:

Por el presente extiendo un cordial saludo, con respecto a lo solicitado: el cambio del objetivo general dentro del trabajo de investigación denominado **"DEPRESIÓN EN PERSONAS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SOMETIDOS ATRATAMIENTO DE HEMODIALISIS, PERIODO ABRIL/SEPTIEMBRE 2022",** cuyo objetivo es:

- Determinar la relación entre Insuficiencia Renal Crónica y depresión en personas en tratamiento de hemodiálisis

Se autoriza la modificación de la siguiente manera:

- Identificar la presencia de depresión en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y depresión en personas en tratamiento de hemodiálisis

Particular que comunico a Ud. para los fines correspondientes.

Atentamente,

Firmado electrónicamente por:
ANA CATALINA PUERTAS AZANZA

Dra. Ana Puertas Azanza Mgs
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA -UNL

C/c. Expediente académico
Archivo
APA/tsc

Calle Manuel Monteros
tras el Hospital Isidro Ayora • Loja - Ecuador
072 -57 1379 Ext. 102

Anexo 8. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

El propósito de la ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la misma, así como su rol como participantes de esta investigación.

La presente investigación es conducida por Nadia Paola Vallejo Avila, estudiante de la Universidad Nacional de Loja. La meta de este estudio es identificar la depresión en personas con insuficiencia renal crónica sometidas a tratamiento de hemodiálisis.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder a un reactivo psicológico: Inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II), esto tomará de 10 a 15 minutos aproximadamente.

La participación de este estudio es estrictamente voluntaria. La información recogida será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de la investigación. Así mismo sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda, sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento de la aplicación, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma, si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradezco su participación.

(Yo)……., con número de cédula de ciudadanía…….., expreso el deseo de participar de forma voluntaria y consciente en esta investigación, conducida por **Nadia Paola Vallejo Avila**. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es identificar el identificar la depresión en personas con insuficiencia renal crónica sometidas a tratamiento de hemodiálisis.

En constancia firma:

……

Anexo 9. Ficha Sociodemográfica

Edad		
Género	○ Masculino ○ Femenino	
Estado civil	○ Casado/a ○ Unión libre ○ Divorciado/a ○ Viudo/a ○ Soltero/a	
¿Cuánto tiempo lleva en tratamiento de hemodiálisis?		
Horario de hemodiálisis	Lunes – Miercoles – Viernes ○ 1er turno ○ 2do turno ○ 3er turno ○ 4to turno	Martes – Jueves – Sábado ○ 1er turno ○ 2do turno ○ 3er turno
¿Necesita asistencia de terceros para asistir a esta Unidad Renal?	○ Si ○ No	

Anexo 10. Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-2)

Nombre: …… Fecha: ……

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza
0 No me siento triste. 1 Me siento triste gran parte del tiempo 2 Me siento triste todo el tiempo. 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.
2. Pesimismo
0 No estoy desalentado respecto del mi futuro. 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo. 2 No espero que las cosas funcionen para mí. 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.
3. Fracaso
0 No me siento como un fracasado. 1 He fracasado más de lo que hubiera debido. 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos. 3 Siento que como persona soy un fracaso total.
4. Pérdida de Placer
0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto. 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo. 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar. 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.
5. Sentimientos de Culpa
0 No me siento particularmente culpable. 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber 2 hecho. 3 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 4 Me siento culpable todo el tiempo.
6. Sentimientos de Castigo
0 No siento que este siendo castigado 1 Siento que tal vez pueda ser castigado. 2 Espero ser castigado. 3 Siento que estoy siendo castigado.
7. Disconformidad con uno mismo.

0	Siento acerca de mi lo mismo que siempre.
1	He perdido la confianza en mí mismo.
2	Estoy decepcionado conmigo mismo.
3	No me gusto a mí mismo.
8. Autocrítica	
0	No me critico ni me culpo más de lo habitual
1	Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
2	Me critico a mí mismo por todos mis errores
3	Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.
9. Pensamientos o Deseos Suicidas	
0	No tengo ningún pensamiento de matarme.
1	He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
2	Querría matarme
3	Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.
10. Llanto	
0	No lloro más de lo que solía hacerlo.
1	Lloro más de lo que solía hacerlo
2	Lloro por cualquier pequeñez.
3	Siento ganas de llorar, pero no puedo.
11. Agitación	
0	No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
1	Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
2	Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
3	Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.
12. Pérdida de Interés	
0	No he perdido el interés en otras actividades o personas.
1	Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
2	He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
3	Me es difícil interesarme por algo.
13. Indecisión	
0	Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
1	1Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
2	Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
3	Tengo problemas para tomar cualquier decisión.
14. Desvalorización	
0	No siento que yo no sea valioso
1	No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
2	Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
3	Siento que no valgo nada.
15. Pérdida de Energía	
0	Tengo tanta energía como siempre.
1	Tengo menos energía que la que solía tener.
2	No tengo suficiente energía para hacer demasiado
3	No tengo energía suficiente para hacer nada

16. Cambios en los Hábitos de Sueño
0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
1a Duermo un poco más que lo habitual. 1b Duermo un poco menos que lo habitual.
2a Duermo mucho más que lo habitual. 2b Duermo mucho menos que lo habitual
3a Duermo la mayor parte del día 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad
0 No estoy tan irritable que lo habitual. 1 Estoy más irritable que lo habitual. 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual. 3 Estoy irritable todo el tiempo.
18. Cambios en el Apetito
0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual. 1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
2a Mi apetito es mucho menor que antes. 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
3a No tengo apetito en absoluto. 3b Quiero comer todo el día.
19. Dificultad de Concentración
0 Puedo concentrarme tan bien como siempre. 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo. 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.
20. Cansancio o Fatiga
0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual. 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual. 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer. 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía
21. Pérdida de Interés en el Sexo

0	No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1	Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
2	Estoy mucho menos interesado en el sexo.
3	He perdido completamente el interés en el sexo.

PUNTAJE TOTAL

Anexo 11. Evidencia Fotográfica

A-01

Anexo 12. Certificado de Traducción de Inglés

GABRIELA DEL ROCIÓ ENRÍQUEZ JADÁN LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA EDUCACION MENCION IDIOMA INGLES

GABRIELA DEL ROCIÓ ENRÍQUEZ JADÁN LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN MENCIÓN IDIOMA INGLES CON NÚMERO DE REGISTRO SENESCYT 1008-15-1426297

CERTIFICO:

Qué el resumen de la Tesis titulada: "**DEPRESIÓN EN PERSONAS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SOMETIDAS A TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS, PERIODO ABRIL/SEPTIEMBRE 2022**", de autoría de la Señorita Nadia Paola Vallejo Avila, con número de ciudadanía 1900801828, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja, ha sido debidamente traducido del Idioma Español al idioma Ingles

Lo certifico en honor a la verdad y autorizo a la interesada hacer uso del presente, en lo que a su interés convenga.

Loja 8 de septiembre de 2022

Lic. Gabriela Enríquez Jadán
1008-15-142629

0958874050
gabrielaenriquezjadan@yahoo.com
Sucre y 10 de Agosto Edificio Jiménez oficina 203

Anexo 13. Certificación del Tribunal de Grado

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Loja, 21 de noviembre de 2022

En calidad del Tribunal calificador del Trabajo de Titulación de Grado titulado: **DEPRESIÓN EN PERSONAS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SOMETIDAS A TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS, PERIODO ABRIL/SEPTIEMBRE 2022**, de autoría de la Srta. **Nadia Paola Vallejo Avila** portadora de la cédula de identidad Nro., **1900801828** previo a la obtención del título de **Psicóloga Clínica**, certificamos que se ha incorporado las observaciones realizadas por los miembros del Tribunal o por la Directora del Trabajo de Titulación, por tal motivo se procede a la aprobación y calificación del Trabajo de Titulación de Grado y la continuación de los trámites pertinentes para su publicación y Sustentación Pública.

APROBADO

Dra. Anabel Larriva Borrero, Mgs
PRESIDENTA DEL TRIBUNAL

Psic. María Paula Torres Pozo, Mgs
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Psic. Cli. Marco Vinicio Sánchez Salinas, Mgs
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Calle Manuel Monteros
tras el Hospital Isidro Ayora • Loja - Ecuador
072 -57 1379 Ext. 102