



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TITULO:

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN COMO ESTADO O COMO RASGO SEGÚN EL
GÉNERO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA QUE
RECIBEN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL GENERAL
ISIDRO AYORA LOJA”.**

*Tesis previa a la obtención del
título de Psicóloga Clínica.*

AUTORA:

Diana Stefanía Figueroa Salazar

DIRECTORA:

Psic. Cl. Gabriela Fernanda Rojas Muñoz, Mg,Sc.

LOJA- ECUADOR

2018

CERTIFICACIÓN

Loja, 19 de octubre del 2018.

Psic. Cl. Gabriela Fernanda Rojas Muñoz. Mg.Sc.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Haber dirigido, asesorado y orientado con pertinencia el proyecto de tesis titulado “Prevalencia de depresión como estado o como rasgo según el género en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis en el Hospital General Isidro Ayora Loja”, de la egresada de la carrera de Psicología Clínica señorita, Diana Stefanía Figueroa Salazar, con número de cédula 1104417306, la misma, reúne con satisfacción los requisitos de fondo y forma estipulados en el Reglamento de Régimen Académico. Por lo tanto, se autoriza su presentación para la designación del Tribunal de Calificación y Disertación Pública necesaria para la graduación.

Atentamente,



Psic. Cl. Gabriela Fernanda Rojas Muñoz. Mg.Sc.


DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Diana Stefanía Figueroa Salazar declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representante jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

Autora: Diana Stefanía Figueroa Salazar.

Firma: .....

Cédula de identidad: 1104417306

Fecha: 19 de octubre del 2018

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Diana Stefanía Figueroa Salazar, declaro ser autora de la tesis titulada “Prevalencia de depresión como estado o como rasgo según el género en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis en el Hospital General Isidro Ayora Loja”, 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 en el Repositorio Digital Institucional:

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 tenga convenio la universidad.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 19 días del mes de octubre del dos mil dieciocho, firma el autor.



Firma

Autora: Diana Stefanía Figueroa Salazar **Cédula:** 1104417306

Dirección: Machala 75A39 e Ibarra **Correo electrónico:** dianisfs1@gmail.com

Teléfono: 072-720-200 **Móvil:** 0983910640

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de tesis:

Psic.Cl. Gabriela Fernanda Rojas Muñoz, Mg.Sc.

Tribunal de grado:

Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, Mg. Sc. Presidenta

Dra. Anabel Elisa Larriva Borrero, Mg.Sc. Vocal

Dra. María Susana González García, Mg.Sc. Vocal

DEDICATORIA

“Mira que te mando que te esfuerces y seas valiente; no temas ni desmayes porque Jehová tu Dios estará contigo en dondequiera que vayas” -Josué 1:9

A Dios por amarme y abrirme puertas, por dame el querer y el hacer para esforzarme y luchar por mis sueños.

A mis padres, por ser modelo, molde y ejemplo de integridad y perseverancia, por darme el empuje necesario para no desfallecer.

A mis hermanos, por ser inspiración a mi vida para alcanzar las metas propuestas.

Diana Stefanía Figueroa Salazar.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la prestigiosa Universidad Nacional de Loja y a los docentes que he tenido en el transcurso de mi vida universitaria por haberme cobijado en sus aulas y brindarme el conocimiento necesario para crecer profesionalmente.

Al Hospital General Isidro Ayora Loja, y a los pacientes, que de manera solidaria colaboraron y facilitaron en la recolección de información para llevar a cabo la presente investigación.

A mi familia quienes han sido el motor de mis fuerzas para luchar por mis sueños.

Diana Stefanía Figueroa Salazar.

ÍNDICE GENERAL

CARÁTULA	i
CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
ÍNDICE GENERAL.....	vii
a) TÍTULO	1
b) RESUMEN.....	2
ABSTRACT	3
c) INTRODUCCIÓN	4
d) REVISIÓN DE LITERATURA.....	7
1. Depresión	7
1.1 Definición	7
1.2 Depresión como estado.....	8
1.3 Depresión como rasgo de personalidad	9
1.3.1 Sintomatología.	10
1.4 Prevalencia de depresión	11
1.5 Depresión y género.....	12
2. Insuficiencia Renal Crónica	14

2.1 Definición	14
2.2 Prevalencia de insuficiencia renal crónica.....	15
2.3 Tratamiento de sustitución renal: Hemodiálisis	16
3. Hospital General Isidro Ayora Loja	18
e) MATERIALES Y MÉTODOS	20
f) RESULTADOS	26
1. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN PARTICIPANTE EN EL ESTUDIO	26
2.1 Evaluación de la depresión como rasgo o como estado en pacientes con insuficiencia renal crónica en pacientes que reciben hemodiálisis en el Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja.....	27
2.2 Identificación de la depresión como rasgo o como estado según el género en pacientes con insuficiencia renal crónica en pacientes que reciben hemodiálisis en el Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja	29
2.3 Identificación de la depresión como rasgo o como estado por rango de edad en pacientes con insuficiencia renal crónica en pacientes que reciben hemodiálisis en el Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja	35
g) DISCUSIÓN.....	41
h) CONCLUSIONES	43
i) RECOMENDACIONES	44
j) BIBLIOGRAFÍA.....	45
k) ANEXOS.....	50

Índice de Tablas

Tabla 1. Caracterización de la población.	26
Tabla 2 Evaluación de depresión como rasgo	27
Tabla 3. Evaluación de depresión como estado	28
Tabla 4. Depresión como estado por género	29
Tabla 5. Depresión como rasgo por género.....	32
Tabla 6. Depresión como estado por rango de edad	35
Tabla 7. Depresión como rasgo por rango de edad	38

Índice de Figuras

Figura 1. Interpretación de la evaluación de depresión como rasgo.	27
Figura 2. Evaluación de depresión como estado.	28
Figura 3. Identificación de la depresión como estado según el género.....	30
Figura 4. Relación de la depresión como estado por género.....	30
Figura 5. Identificación de la depresión como rasgo.	33
Figura 6. Relación de la depresión como rasgo por género.	33
Figura 7. Identificación de la depresión como estado en relación con rango de edad.	36
Figura 8. Relación de la depresión como estado por rango de edad.	36
Figura 9. Identificación de la depresión como rasgo en relación con rango de edad.....	39
Figura 10. Relación de la depresión como rasgo por rango de edad.....	39

Índice de Anexos

Anexo N. 1 Propuesta de intervención.....	50
Anexo N. 2 Consentimiento informado	57
Anexo N. 3 Reactivo IDERE	58
Anexo N. 4 Traducción del resumen del idioma español al idioma inglés	60
Anexo N. 5 Evidencia fotográfica.....	61

a) TÍTULO

“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN COMO ESTADO O COMO RASGO SEGÚN
EL GÉNERO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA QUE
RECIBEN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL GENERAL

ISIDRO AYORA LOJA”.

b) RESUMEN

Los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica pueden presentar depresión como estado o como rasgo a manera de respuesta frente a la enfermedad, la presente investigación: Prevalencia de depresión como estado o como rasgo según el género en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis en el Hospital General Isidro Ayora Loja.”, tiene como objetivo general: describir la prevalencia de depresión como estado o rasgo según el género; es un estudio exploratorio, descriptivo, cuantitativo no experimental, la muestra del estudio fue de 50 pacientes. Se utilizó el inventario IDERE para medir depresión como estado y como rasgo, se calificó en base a tres indicadores (alto, medio y bajo) para estado y rasgo respectivamente, tomando en cuenta los resultados de la categoría alto que son significativos, los resultados indican que la mayor proporción de la población total de la investigación se encuentra con valores máximos en depresión como estado y mínimos en rasgo; seguido se concluye, mayor prevalencia de depresión como estado y como rasgo en el género femenino y se identificó que la mayor proporción de depresión como estado y como rasgo se encuentra en el rango de edad mayor a 52 años. Finalmente, se recomienda aplicar la propuesta de intervención psicológica planteada, ya que busca el bienestar psicológico de la población estudiada. **Palabras clave:** síntomas-depresivos-fijos-reactivos- diálisis

ABSTRACT

Patients with chronic renal failure can present depression as a state or as a trait like a answer to the illness, this investigation: “Prevalence of depression as a state or as a trait according to gender in patients with chronic renal failure who receives hemodialysis treatment at Isidro Ayora Loja’s General Hospital”, has as general objective, describe the prevalence of depression as a state or as a trait according to gender; this is a exploratory, descriptive, quantitative, non-experimental study, the sample of the study was conformed by 50 patients. It has been used IDERE inventory in order to measure out depression as a state or as a trait, it was rated in base of three indicators (high, medium,and low) to state and trait respectively, according to results of high category that are the most significant, it has been showed, that the major porpotion of the population in the study has higher scores at depression as a state, and lower scores at depression as a trait, also the prevalence is higher in femenine gender according to depression as a state or as a trait , and it has been identified major proportion of depression as a state or as a trait at age range major of 52 years. Finally, I recommend to aply the psychological intervention that searchs the wellness of patients **Key words:** depressive-symptoms-fixed-reactive-dialysis

c) INTRODUCCIÓN

Entre las enfermedades crónicas no transmisibles se encuentra la Insuficiencia Renal Crónica (IRC), la cual es el daño en la función renal, que evoluciona habitualmente de manera lenta y progresiva, hasta llegar al estado de uremia terminal, con todas sus complicaciones (Gara., 2016).

La OMS (2015) menciona que la insuficiencia renal crónica afecta a cerca del 10% de la población mundial. La Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (2014) menciona que, desde el año 1991 hasta el año 2014, la insuficiencia renal crónica establecida en modalidad de tratamiento ha tenido un incremento de 250.000 pacientes. En Ecuador el MSP (2015) refiere que los pacientes con insuficiencia renal fueron 11.460.000.

Los pacientes con insuficiencia renal crónica reciben tratamiento de diálisis y deben hacer continuos ajustes en sus hábitos y estilo de vida, lo cual implica cambios no solo a nivel físico sino también psicológico por lo que algunos de estos pacientes pueden presentar alteraciones emocionales como depresión a manera de respuesta a, la sintomatología orgánica, las limitaciones impuestas por la enfermedad y al tratamiento (Páez, Jofré, Carmen, & Miguel, 2001).

Según Munguía (2008) “la reacción depresiva depende de la valoración cognitiva del paciente”.

Por lo que existe la tendencia a experimentar reacciones depresivas frecuentes, intensas, aisladas o como un determinado tipo de estructuración o rasgo de la personalidad, y como estados emocionales reactivos que son más que el reflejo subjetivo de la situación vital del sujeto, en un momento determinado (Martín, Grau, & Grau, 2003).

El presente estudio fue exploratorio, descriptivo, cuantitativo no experimental, los objetivos específicos: son evaluar la depresión como rasgo o como estado, identificar la depresión como rasgo o como estado según el género e identificar la depresión como rasgo o como estado por

rango de edad en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis en el Hospital General Isidro Ayora Loja.

En la presente investigación para obtener los datos se presentó a los pacientes el consentimiento informado y el Inventario de Depresión Rasgo o Estado, se trabajó con 50 pacientes, 25 de género femenino y 25 de género masculino a quienes se les evaluó depresión como estado y rasgo.

Se concluye que la mayor proporción de la población participante en la investigación se encuentra con valores mínimos en depresión como rasgo y máximos en depresión como estado; en cuanto a la descripción de prevalencia de depresión como rasgo o como estado por género, se identificó que existe mayor prevalencia de depresión como estado y como rasgo en el género femenino, aunque la diferencia no es estadísticamente significativa con el género masculino; en base a la mediana de edad de los participantes de 18 a 74, se establecieron dos rangos menor o igual a 52 y mayor a 52 años, esto indicó que en los rangos de edad donde se encuentra mayor proporción de depresión como estado y como rasgo se encuentra en el rango mayor a 52 años de edad.

El componente teórico está integrado por tres capítulos, clasificados de la siguiente manera: el primero denominado depresión, en donde se abordan su definición, depresión como estado, depresión como rasgo de personalidad, prevalencia de depresión y depresión y género; el capítulo dos denominado insuficiencia renal crónica en donde se aborda su definición, prevalencia de la insuficiencia renal crónica y el tratamiento de sustitución renal (hemodiálisis), y finalmente el capítulo número tres, donde se habla acerca de la institución donde se hizo la investigación, el “Hospital General Isidro Ayora Loja”, haciendo énfasis en la Unidad de Hemodiálisis.

Para finalizar, como respuesta a lo investigado se recomienda aplicar la propuesta de intervención psicológica planteada en anexos, la misma que está estructurada en dos fases, en

primer lugar, abarca Insuficiencia Renal Crónica y Depresión, mediante la psicoeducación, y la segunda fase que busca promover la salud mental en los pacientes, mediante la selección de estrategias oportunas en respuesta a la necesidad presente en la población estudiada.

d) REVISIÓN DE LITERATURA

1. Depresión

1.1 Definición

Una compleja combinación de factores biológicos, psicológicos y ambientales contribuye y desempeña una función determinante en la aparición, la consolidación y el desarrollo de los síntomas característicos de la depresión; siendo esta una alteración primaria del estado de ánimo, caracterizada por abatimiento emocional, y que afecta todos los aspectos de la vida del individuo, tiene alta morbilidad, mortalidad e impacto económico (Zarragoitía, 2011).

La depresión es el más frecuente trastorno afectivo y se caracteriza por el humor bajo o decaído con muchos matices, los cuatro o más síntomas característicos y la duración de 2 o más semanas, es un trastorno que se vive tanto a nivel psíquico como a nivel somático o corporal, en mayor o menor grado, el trastorno es discapacitante, al menos para una calidad de vida adecuada. Hasta ahora hemos hablado de síntomas y de síndromes depresivos; sin embargo al hablar de depresión vamos más allá, se trata de un trastorno o entidad nosológica que comprende al síndrome, pero que puede ser de distintos tipos, con diversos matices y en relación con sus diferentes etiologías (Lobo, 2013).

En la actualidad, el término depresión puede utilizarse con cuatro significados diferentes: Como estado de ánimo: se ha extendido el vocablo depresión en el lenguaje cotidiano para aludir a un determinado estado de ánimo caracterizado por sentimientos de tristeza o desánimo, sin tintes patológicos. Como síntoma: definido como estado de humor triste que puede acompañar a otros trastornos o enfermedades. Como síndrome: el estado depresivo se caracteriza por un conjunto de síntomas accesible al diagnóstico clínico y psicopatológico. Como trastorno: la depresión es tratada como una entidad nosológica, definida a partir del síndrome, de su evolución, con una etiopatogenia aún no totalmente clara, etc (Jarne & Talan, 2000).

1.2 Depresión como estado

El estado de ánimo es de carácter relativamente autónomo, aunque generalmente autolimitado, que afecta globalmente las experiencias psicológicas y corporales, y por lo tanto es un modo de experiencia total, con afectación primaria a la percepción del propio yo (Zarragoitía, 2011).

La depresión (del latín depressus, “abatido”, “derribado”) es un estado de abatimiento e infelicidad, que puede ser transitorio. En general el paciente se ve y los demás lo ven como derribado, debilitado en su potencialidad y en la base de sustentación afectiva; desplaza su eje de acción usual, está desganado y con baja energía (hipoérgico) (Gómez, Hernández, Rojas, Santacruz, & Uribe., *Psiquiatría clínica; diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos.*, 2008).

La expresión de este estado es variable, algunos lloran, otros se ven visiblemente derrotados o muy conmovidos, hasta los que están como petrificados en el dolor y el sufrimiento, puede connotar un cuadro clínico con un conjunto de síntomas, de los cuales los más importantes son: la tristeza, soledad, desesperación, pesimismo, sentimientos de culpa y desvalorización (Capponi, 1992).

La aparición de síntomas depresivos puede ser lenta e insidiosa, los síntomas puede ser: sensaciones de desesperanza, insatisfacción o ansiedad, disminución o aumento del apetito, dificultad para dormir, y múltiples despertares durante la noche, durante los cuales recuerdan sus problemas, o pueden dormir más de lo habitual, tener cansancio exagerado, inquietud, irritabilidad, cambios en las funciones psicomotrices, pérdida del interés, de energía y de la capacidad para el placer (incluyendo el sexo), sentimientos de culpabilidad, pensamientos de muerte y disminución en la concentración, encuentran difícil finalizar algunas tareas, empeora su rendimiento escolar y laboral, y disminuye su motivación para emprender nuevos proyectos. Pueden comentar que se sienten tristes sumidos en la melancolía o inútiles, los pacientes

describen el síntoma de la depresión como un dolor emocional agudo y a veces se quejan de ser incapaces de llorar, en ocasiones parecen no ser conscientes de su estado de ánimo, pero este es notorio, ya que se asilan de la familia y de los amigos y abandonan actividades con las que antes disfrutaban (Zuñiga, Sandoval, Juárez, & Villaseñor., 2005).

1.3 Depresión como rasgo de personalidad

Existen personas para quienes la depresión es algo más que un síntoma, se sienten tristes y culpables, su estado emocional es consecuencia de una matriz entera de características intensas y duraderas, un constante estado de abatimiento y tristeza se consideran inadecuados o inútiles, no dejan de censurarse por cualquier falta irrelevante y tienden a culpabilizarse cuando las cosas van mal, su pesimismo generalizado les lleva a imaginarse lo peor, y creen que la vida les irá siempre mal y nunca mejorará, pasan sus días cavilando y preocupándose, obviando cosas positivas y resaltando las negativas, desbordados por los sentimientos de culpabilidad, desean que la vida sea diferente, pero en lugar de tomar la iniciativa, se reprenden por las oportunidades perdidas y se sienten completamente impotentes para cambiar su futuro, estos individuos pueden estar realmente deprimidos, pero su depresión es el resultado de una forma de pensar, sentir y percibir; en definitiva de una personalidad depresiva (Grossman, 2006).

A comienzo del siglo XX, Kraepelin, describió algunas características de este tipo de personalidad, menciona que estos pacientes luchan contra todo tipo de obstrucciones internas, que solo se superan con esfuerzo por lo que se fatigan fácilmente, no disfrutan el trabajo, consideran más los errores de sus trabajos a diferencia de valorar las cosas que han conseguido, cada momento agradable es amargo para ellos, en ellos está el constante abatimiento, auto reproche y temor al futuro. Algunos pacientes se muestran angustiados por sentimientos de culpa y la falta de confianza no les permite cultivar relaciones interpersonales, continuamente están exponiendo su punto débil y las demás personas los miran por encima del hombro. Según

Scheiner su característica base es el pesimismo, para Beck la indefensión y la desesperanza son la base de estas personalidades (Ghedin, 2009).

1.3.1 Sintomatología.

Se ha establecido la existencia de dos formas diferentes de depresión, la introspectiva: previamente llamada melancólica, caracterizada por la culpa, autocríticas, auto reproches y perfeccionismo, los pacientes miran a su alrededor para encontrar explicación a sus experiencias dolorosas, cuando son maltratados, rechazados o abandonados piensan que es porque han cometido alguna falta. Y la anaclítica, caracterizada por vergüenza, alta sensibilidad a las pérdidas y al rechazo, vagos sentimientos de vacío e insuficiencia, se preocupan por temas de intimidad, desamparo, soledad, la vida es vacía y sin sentido (Akiskal, y otros, 2006).

Para Millon, los rasgos centrales del tpd, en relación con el esquema de polaridad, lo incluye dentro del grupo de personalidades con dificultades para el placer, las características para este autor, serían: sombrío, pesimista, pérdida de la capacidad para disfrutar, incapacidad de experimentar placer y retardo motor, sentimiento de estar perdido, ausencia de esperanza, del disfrutar y de la felicidad, destaca la orientación al dolor, la desesperación con relación al futuro, una mirada desanimada y abrumada, una sensación de lo irreparable e irrecuperable en cuanto al estado de sus asuntos, donde lo que podía haber sido, no es posible de alcanzarlo, experimentando dolor como cosa permanente y el placer como un imposible. Favorece, a la predisposición genética, umbral que permite que algunos individuos estén inclinados al pesimismo y a la desdicha, así mismo la experiencia puede condicionar una orientación de desaliento, una pérdida significativa, una familia desconsolada, un medio ambiente infructuoso, una perspectiva desesperanzada, pueden configurar un estilo de carácter depresivo (citado en Irastorza,2012).

Según el DSM-IV (citado en Irastorza ,2012), los criterios diagnósticos para la personalidad depresiva son:

A) Patrón general de comportamientos y funciones cognoscitivas depresivas, que comienzan al principio de la edad adulta en diferentes contextos, y se manifiesta con 5 o más síntomas:

1. El estado de ánimo habitual está presidido por sentimientos de abatimiento, tristeza, desánimo, desilusión e infelicidad.
2. La concepción que el sujeto tiene de sí mismo se centra principalmente en sentimientos de impotencia, inutilidad y baja autoestima.
3. La persona se critica, se acusa o se autodescalifica.
4. Cavila y tiende a preocuparse por todo.
5. Critica, juzga y lleva la contraria a los otros.
6. Se muestra pesimista.
7. Tiende a sentirse culpable o arrepentido

B) Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de episodios depresivos mayores y no se explican mejor por la presencia de un trastorno distímico.

1.4 Prevalencia de depresión

Los trastornos del humor son los trastornos más frecuentes tanto en la población clínica como en la general. Se calcula que aproximadamente un 15% de la población adulta sufrirá en algún momento de su vida algún episodio depresivo, la tasa de prevalencia estimada por la OMS en la población mundial es de un 3% a un 5%. Se han constatado diversos factores de riesgo psicosocial, en concreto: sexo, edad, antecedentes familiares, presencia de acontecimientos vitales, disponibilidad de recursos personales y características de personalidad; atendiendo al sexo, la proporción es de 2 mujeres por cada hombre deprimido, a excepción del periodo de la infancia, en que no se observan diferencias (Jarne & Talan., 2000). Según Goldman (2001), “el riesgo durante toda la vida es de 8 a 12% para los varones y de 20 a 26% para las mujeres”.

Aunque se reconoce en general que los trastornos de estado de ánimo son comunes, es difícil determinar su prevalencia a causa de las diferencias entre los procedimientos y los criterios diagnósticos. Las valoraciones de los síntomas depresivos, es decir, intensos, penetrantes y sentimientos casi diarios de tristeza o decepción que afectan al funcionamiento normal, manifiestan índices de prevalencia de 9 a 20%. (Goldman, 2001)

Diversos estudios han demostrado que de un promedio del 10%, esto es, de cada diez pacientes que asisten al médico general o familiar de nivel primario, uno de ellos padecerá algún tipo de depresión. Sin embargo, de acuerdo con otros computos, en la mayoría de los casos los pacientes depresivos son tratados por médicos generales y solo el 5% son remitidos al psiquiatra, de donde se puede concluir el subdiagnóstico y las bajas tasas de tratamiento a que están sometidos los pacientes con este tipo de trastornos. La prevalencia de depresión es aún más alta en pacientes que sufren enfermedades orgánicas. Algunos estudios calculan que un 33% de los pacientes hospitalizados la padecen (Gómez, Hernández, Rojas, Santacruz, & Uribe., *Psiquiatría clínica: diagnóstico y tratamiento en niños.*, 2005).

En Latinoamérica, no son muchos los estudios realizados recientemente, sin embargo, en Perú en el área de Lima se realizó un estudio en 1982 que determinó una prevalencia de vida de 11,7% para trastornos afectivos (según el DSM-III utilizándose la encuesta DIS). Dos estudios con distintas metodologías de instrumentos utilizados dan cuenta de cifras importantes de trastornos afectivos en México y Brasil ambos estudios comunitarios, el primero desarrollado en la Ciudad de México durante 1988 estimó en un 3,2% para depresión severa; 4,7 y 2,8 los porcentajes de mujeres y hombres respectivamente. En Colombia entre 1992 y no 1994 se realizó una investigación utilizando la Escala de Zung en donde se repitió el hallazgo de tener las mujeres prevalencia cercanas al doble que los hombres (Retamal, 2003).

1.5 Depresión y género.

Tradicionalmente las mujeres han sido diagnosticadas con mayor frecuencia de problemas de salud mental que los hombres. En las últimas décadas se ha constatado que las tasas de problemas mentales no difieren en función del género, aunque si la frecuencia de algunos trastornos. Se ha encontrado de forma consistente que es más probable que las mujeres tengan ansiedad y depresión que los hombres, mientras que estos presentan tasas más altas de trastornos de personalidad y de abuso de sustancias (Matud, Kenya, & Matías, 2006).

Según el Instituto Nacional de Salud Mental, en su informe denominado “Depresión”, hablan acerca de la forma como las mujeres y los hombres experimentan la depresión; mencionando los siguiente con respecto a las mujeres: hay factores biológicos, de ciclo de vida, hormonales, y psicosociales que son únicos de la mujer, que pueden ser relacionados con que las tasas de depresión sean más elevadas entre las mujeres. Investigadores han demostrado que las hormonas afectan directamente las sustancias químicas del cerebro que regulan las emociones y los estados de ánimo considerándola como una enfermedad producida por cambios hormonales, científicos están explorando la forma en la que la elevación y la disminución cíclicas del estrógeno y de otras hormonas pueden afectar la química del cerebro que está relacionada con la enfermedad depresiva; finalmente, muchas mujeres enfrentan el estrés adicional del trabajo y de las responsabilidades del hogar, cuidado de los hijos y padres ancianos, maltrato, pobreza, y tensiones de las relaciones, aún no está claro por qué algunas mujeres que enfrentan desafíos inmensos padecen de depresión, mientras que otras con desafíos similares no la padecen (Mental, 2009).

Los hombres en cambio experimentan la depresión de manera distinta que las mujeres y pueden enfrentar los síntomas de diferentes modos, los hombres tienden más a reconocer que sienten fatiga, irritabilidad, pérdida de interés en las actividades que antes resultaban placenteras, y que tienen el sueño alterado, mientras que las mujeres tienden más a admitir sentimientos de tristeza, inutilidad, o culpa excesiva. Los hombres tienen más probabilidades

que las mujeres de acudir al alcohol o a las drogas cuando están deprimidos, frustrados, desalentados, irritados, o enojados. Algunos hombres se envician al trabajo para evitar hablar acerca de su depresión con la familia o amigos o comienzan a mostrar un comportamiento imprudente o riesgoso. Y aunque en los Estados Unidos, son más las mujeres que intentan suicidarse, son más los hombres que mueren por suicidio (Mental, 2009).

2. Insuficiencia Renal Crónica

2.1 Definición

La insuficiencia renal crónica se define como una pérdida irreversible del filtrado glomerular, aunque la pérdida progresiva de la función renal puede cursar asintomática en general cuando el filtrado glomerular desciende por debajo de 30ml/min aparecen las complicaciones derivadas de la anemia, alteraciones metabólicas, neurológicas y finalmente digestivas y cardiovasculares cuando el filtrado glomerular desciende por debajo de 5-10ml/min debe iniciarse en los pacientes seleccionados el tratamiento sustitutorio de la función renal (diálisis, trasplante) (Avendaño, y otros, 1997).

La enfermedad renal crónica se define como la presencia persistente durante al menos 3 meses de alteraciones estructurales o funcionales del riñón, que se manifiestan por: indicadores de lesión renal, como alteraciones en estudios de laboratorio en sangre u orina, en estudios de imagen o en una biopsia. Desde el punto de vista clínico, la disminución progresiva de la Tasa de Filtración Glomerular (TFG), secundaria a la pérdida irreversible de las unidades básicas del riñón funcionantes, independientemente de la causa, se manifiesta inicialmente por una elevación persistente (mas de 3 meses) de los niveles plasmáticos de los productos de desecho del metabolismo que normalmente se excretan por el riñón. Conforme progresa la lesión renal aparecen otras alteraciones de laboratorio y, finalmente, manifestaciones clínicas. El síndrome urémico se refiere al conjunto de síntomas y signos que ocurre en etapas avanzadas de la ERC

(TFG inferior a 10-15 ml/min) y que refleja una disfunción generalizada de todos los órganos y sistemas secundaria a la uremia (Farreras & Rozman., 2012).

El listado de causas de potenciales de la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es casi equivalente al de las enfermedades renales. Existe un acuerdo en general en que la nefropatía diabética de la diabetes mellitus tipo 2 y las enfermedades vasculares renales constituyen hoy en día las causas más frecuentes de IRC. Dentro de las enfermedades vasculares renales, la mayor parte de casos corresponde a los procesos de nefro-angioesclerosis, tradicionalmente, relacionados con las repercusiones renales de la hipertensión arterial, pero hoy en día más estrechamente ligados a la arterioesclerosis generalizada y al envejecimiento. Es preciso señalar que las glomerulonefritis y las enfermedades renales secundarias a infecciones continúan siendo una causa importante de IRC en muchos países escasos recursos económicos y sanitarios (L. Hernando Avendaño, 2008).

Más que una enumeración de las causas que la originan, es pertinente destacar que las principales causas han ido cambiando con el tiempo. Anteriormente la glomerulonefritis era considerada la causa más frecuente de insuficiencia renal, sin embargo la nefropatía diabética ha llegado a ocupar el primer lugar, sobre todo en los países desarrollados, seguido por la nefroesclerosis hipertensiva y en tercer lugar se coloca la glomerulonefritis. Hay razones que explican estos cambios, así la Diabetes mellitus se ha convertido en una enfermedad pandémica que continua en fase de crecimiento (Torres, 2013).

2.2 Prevalencia de insuficiencia renal crónica

La epidemia de enfermedades crónicas amenaza el desarrollo social y económico, la vida y la salud de millones de personas. En 2005, aproximadamente 35 millones de personas fallecieron de enfermedades crónicas; la insuficiencia renal crónica es un problema creciente a nivel mundial, con una prevalencia estimada que se aproxima al 10%, se la ha denominado una epidemia silenciosa (Juan Carlos Flores, 2012).

La enfermedad renal crónica afecta a cerca del 10% de la población mundial. Se puede prevenir, pero no tiene cura, suele ser progresiva, silenciosa y no presentar síntomas hasta etapas avanzadas, cuando las soluciones, la diálisis y el trasplante de riñón, ya son altamente invasivas y costosas. Muchos países carecen de recursos suficientes para adquirir los equipos necesarios o cubrir estos tratamientos para todas las personas que los necesitan, la cantidad de especialistas disponibles también resultan insuficientes (SLANH, 2011).

Según la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (2013), la prevalencia de la enfermedad renal en América Latina es de 650 pacientes por cada millón de habitantes, con un incremento estimado del 10% anual. Considerando que el Ecuador tiene 16'278.844 habitantes, se estima que para el 2015 los pacientes con insuficiencia renal fueron 11.460. Según los datos del MSP (2015), 90% de los pacientes atienden al tratamiento por hemodiálisis en comparación con el 10% que atiende al tratamiento de diálisis peritoneal. Además, se evidencia que la demanda de pacientes atendidos en diálisis para el 2014 fue de 9.635 pacientes.

2.3 Tratamiento de sustitución renal: Hemodiálisis

Una vez descartadas las causas potencialmente tratables de insuficiencia renal e investigados los factores reversibles capaces de exacerbar el deterioro de la función renal con independencia de la causa subyacente de la insuficiencia, deben considerarse las modalidades profilácticas y terapéuticas destinadas a mejorar la calidad de vida del paciente, aliviar los síntomas y prevenir las complicaciones a largo plazo (Kelley, 1993).

La hemodiálisis (HD) es una técnica de depuración extracorpórea de la sangre que suplente parcialmente las funciones renales de excretar agua y solutos, y de regular el equilibrio ácido-básico y electrolítico. No suplente las funciones endocrinas ni metabólicas renales. Consiste en interponer entre 2 compartimientos líquidos (sangre y líquido de diálisis), una membrana semipermeable. Para ello se emplea un filtro o dializador. La membrana semipermeable permite

que circulen agua y solutos de pequeños y medianos, pero no proteínas o células sanguíneas, muy grandes como para atravesar los poros de la membrana (Sellarés., 2017).

Según Riela (2013) la hemodialisis es un proceso en el que se usa un riñón artificial (hemodializador) para depurar la sangre, el procedimiento es capaz de eliminar el exceso de líquido y metabolitos, pero no de sustituir las funciones endocrinas de los riñones.

La decisión de cuándo iniciar la diálisis, depende del paciente, las sugerencias antes de iniciar diálisis son evitar la malnutrición, la sobrecarga hídrica y los efectos perjudiciales de una exposición prolongada a la acumulación de fósforos, beta microglobulina y otras toxinas urémicas (Goldman & Schafer, 2013,p.822).

Los pacientes deben ajustarse a los efectos de la insuficiencia renal y al tiempo que pasan en diálisis puede ser difícil, por el “tiempo perdido”; puede que tenga menos energía o tal vez tenga que hacer cambios en su trabajo o en su vida hogareña y abandonar algunas actividades y responsabilidades. Aceptar esta nueva realidad puede ser difícil para el paciente y su familia, lo que le puede llevar a experimentar depresión (NIDDK, 2007).

La depresión es la alteración psiquiátrica más común en pacientes con IRC tratados con HD. La depresión puede ser una respuesta ante una pérdida y los pacientes con IRC han sufrido múltiples pérdidas; rola familiar y laboral, función renal. Habilidades físicas cognitivas, funcionamiento sexual, entre otras. En un estudio realizado por Kim y colaboradores, en Seúl, se encontró que 70 de 96 pacientes tenía, por lo menos, un nivel leve de depresión y un buen número, un nivel más que moderado. Al investigar las razones por las cuales los pacientes se consideraban deprimidos, encontraron que ellos lo atribuían mucho más a razones de la esfera emocional que a razones físicas. Además, se ha postulado que las alteraciones neuroquímicas que se presentan en los pacientes con uremia pueden influir en el desarrollo de la depresión (Alarcón, 2004).

Alarcón (2004), el impacto se genera impacto en la percepción subjetiva de sí mismo como de una persona con una valía disminuida, con sentimientos hostiles, de frustración y de desconsuelo complican el curso de la enfermedad en diversos ámbitos. Los pacientes deprimidos no se adhieren a tratamiento completamente, alteran sus relaciones interpersonales y afectivas, se perciben que la interferencia de la enfermedad en su calidad de vida es muy grande. Además, comen, duermen y se cuidan menos; se pueden malnutrir y pensar en suicidarse (p.303).

3. Hospital General Isidro Ayora Loja

El Hospital General Isidro Ayora Loja, gerenciado actualmente por el Ing. Byron Guerrero Jaramillo, es una entidad que es parte del Sistema de Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, implementado para prestar atención de salud integral de tipo ambulatorio y de internamiento a la población del área de influencia. Es, además, un centro de formación profesional de personal de salud a nivel de pre y posgrado, en coordinación con entidades de salud afines y educativas, siendo una institución estatal pública que cumple funciones de docencia universitaria e investigación. (HGIAL, 2017)

El Hospital General Isidro Ayora de Loja clasificado por su grado de contribución y número de camas, de II Nivel, con las cuatro especialidades básicas: Gineco Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna y Cirugía; y, algunas subespecialidades clínicas y quirúrgicas, con una amplia Cartera de Servicios puesta a disposición de la ciudadanía que acude diariamente a recibir los servicios.

Además, de acuerdo a normativa del Ministerio de Salud Pública, también dispone el hospital de algunas Áreas Técnicas según el Ciclo Vital, las que complementan la atención al usuario externo, siendo las siguientes:

- Unidad de Diálisis.
- Servicio de Medicina Transfusional;

- Club de Diabéticos e Hipertensos;
- Club de Pacientes de la Clínica del VIH;
- Club de Enfermos Renales Terminales;
- Programa de Control y Prevención de Tuberculosis;
- Sala de Primera Acogida (Atención Integral de la Violencia de Género, Intrafamiliar y Sexual por Ciclos de Vida);
- Unidad de Diagnóstico Audiológico.
- Taller de Órtesis y Prótesis.
- Rehabilitación y Terapia Física
- Rehabilitación y Terapia en Salud Mental
- RPIS (Soat)

El Hospital cuenta con una dotación normal de 243 camas asignadas por el Ministerio de Salud Pública, con una nómina de 760 personas que laboraban en el año 2017, pertenecientes a las Áreas administrativa, técnica y servicios.

Las Áreas de Emergencia, Neonatología, Cuidados Intensivos de adultos, Central de Esterilización, Centro Quirúrgico y Centro Obstétrico, han sido repotenciadas, son construcciones nuevas, se encuentran bien equipadas y con personal técnico.

La Unidad de Diálisis actualmente está dirigida por el Dr. Angel Medina, es de carácter pública sin embargo también trabaja en conjunto con unidades privadas (IESS, seguro general, campesino y emergencias, ISPOL) en beneficio de los pacientes de la región sur del país. Actualmente la producción de la Unidad de Hemodiálisis indican que en el año 2016 se brindaron “10.267”, y en el año 2017, “9.935”, sesiones de diálisis y en lo que va del año 2018, del mes de enero al mes de junio se han brindado 5.249, toda esto de lunes a sábado en horario matutino diurno y nocturno (HGIAL, 2017).

e) MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio exploratorio, descriptivo, cuantitativo no experimental (debido a que se observaron los fenómenos en un momento puntual tal como se dan en su contexto natural, y posteriormente se los analizó).

Unidad de estudio

Se realizó en el Hospital General Isidro Ayora Loja, que es una institución parte del Ministerio de Salud Pública, que brinda atención gratuita a la comunidad en la Unidad de Hemodiálisis a los pacientes con insuficiencia renal crónica que necesitan tratamiento de hemodiálisis; está ubicado en el centro de la ciudad, en la avenida Manuel Agustín Aguirre y Juan José Samaniego.

Universo

Los pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital General Isidro Ayora Loja corresponden a un número de 68.

Muestra

Está conformado por 50 pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis en el Hospital General Isidro Ayora Loja, el total de pacientes corresponde a ambos géneros, 25 de género femenino y 25 de género masculino, comprendidos en un rango de edad de 18 a 74 años.

Criterios de inclusión

Pacientes de 18-74 años de edad que reciben tratamiento de hemodiálisis en el Hospital Regional Isidro Ayora.

Pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital General Isidro Ayora Loja que acepten expresamente estar de acuerdo en el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Pacientes menores de 18 y mayores de 74 años en adelante, de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital General Isidro Ayora Loja.

Pacientes que acuden a la Unidad de Hemodiálisis del Hospital General Isidro Ayora Loja por el servicio de emergencia.

Pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital General Isidro Ayora Loja que no estén de acuerdo en el consentimiento informado.

Técnicas

El consentimiento informado: (Anexo 2.), es el procedimiento en donde se garantiza que el paciente quiso voluntariamente ser parte de la investigación, dejando en claro que pudieran retirarse de la misma en cualquier momento que lo vieron conveniente, de igual forma se recalcó que los datos aportados por ellos tienen la más absoluta confidencialidad.

El test: es una técnica derivada de la entrevista y la encuesta, tiene como objeto lograr información sobre rasgos definidos de la personalidad, la conducta o determinados comportamientos y características individuales o colectivas de la persona, en este caso se utilizó el Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE).

Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE): (Anexo 3.): de los autores Martín M, Grau JA, Ramírez V y Grau R. que tiene una duración de 15 minutos, se lo puede aplicar a personas mayores de 15 años, además de adultos supuestamente sanos con diferentes grados de depresión como rasgo, pacientes psiquiátricos y enfermos crónicos.

El IDERE es un inventario autoevaluativo, diseñado para evaluar dos formas relativamente independientes de la depresión: la depresión como estado (condición emocional transitoria) y la depresión como rasgo (propensión a sufrir estados depresivos como una cualidad de la personalidad relativamente estable).

La escala que evalúa la depresión como estado permite identificar de manera rápida a las personas que tienen síntomas depresivos, así como sentimientos de tristeza reactivos a situaciones de pérdida o amenaza, que no necesariamente se estructuran como un trastorno depresivo, aunque provoquen malestar e incapacidad.

Tiene 20 ítems cuyas respuestas toman valores de 1 a 4. La mitad de estos ítems por su contenido, son positivos en los estados depresivos, mientras que la otra mitad son ítems antagónicos con la depresión.

El sujeto debe seleccionar la alternativa que mejor describe su estado en ese momento y tiene cuatro opciones de respuesta:

- No en lo absoluto (que vale 1 punto),
- Un poco (vale 2 puntos),
- Bastante (vale 3 puntos) y,
- Mucho (vale 4 puntos).

La escala de depresión como rasgo permite identificar a los pacientes que tienen propensión a sufrir estados depresivos y también ofrece información sobre la estabilidad de los síntomas depresivos. Consta de 22 ítems que también adquieren valores de 1 a 4 puntos y las opciones de respuesta son:

- Casi nunca (que vale 1 punto),
- Algunas Veces (vale 2 puntos),
- Frecuentemente (3 puntos) y,

- Casi siempre (4 puntos).

Los valores oscilan entre 20 y 80 puntos para la escala estado y 20 y 88 puntos para la escala rasgo.

Tanto la depresión como estado como la depresión rasgo se califican en tres niveles: bajo, medio y alto.

De valor clínico son las puntuaciones que se catalogan como altas. Las cifras que están cercanas a los puntos de corte pueden resultar de interés, pero realmente tienen valor diagnóstico los valores superiores a 50.

Altos niveles de depresión como estado no necesariamente indican que la persona tenga un trastorno depresivo, pues es frecuente encontrarlos en personas con enfermedades crónicas o en personas que están atravesando por una situación estresante o que han sufrido una pérdida reciente, como el caso de las reacciones de duelo. Es recomendable que las personas que obtengan valores altos en el IDERE-E (depresión como estado) sean valoradas en consulta médica o psicológica para precisar el diagnóstico.

Los valores altos en el IDERE-R (depresión como rasgo) indican que la persona tiene tendencia a sufrir estados depresivos como respuesta a situaciones estresantes. Son frecuentes en personas que han padecido un trastorno depresivo y en sujetos neuróticos.

El IDERE se ha diseñado básicamente para su aplicación en los ámbitos clínicos, tanto en enfermos crónicos, en pacientes psiquiátricos, etc.

No obstante, también puede utilizarse en cualquier otra área en la que se quiera identificar rápidamente a personas con síntomas depresivos (IDERE-E) o a personas con propensión a la depresión (IDERE-R), en este sentido, puede resultar útil en tareas de selección y evaluación de personal, tal y como se ha visto en los estudios sobre Burnout en profesionales de la salud, así como en contextos educativos.

Resulta particularmente útil para la evaluación de ancianos y personas con enfermedades crónicas pues la escala estado permite identificar estados de tristeza que no se estructuran en una depresión clínica, pero que provocan graves limitaciones y afectan la calidad de vida del paciente.

En cuanto a la utilidad del Inventario de Depresión Rasgo-Estado; este fue diseñado para evaluar la depresión como estado y como rasgo, validados en países iberoamericanos, en donde se ha demostrado la validez de criterio y convergente del IDERE y de su valor para la identificación de personas con posible depresión en países iberoamericano.

Procedimiento

Primeramente se solicitaron los respectivos permisos dirigidos al Ing . Byron Jaramillo (Gerente del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja), quien mediante el departamento de investigación y docencia del hospital brindó el permiso solicitado, seguido, se acudió a la Unidad de Hemodiálisis para presentar a los pacientes el consentimiento informado, una vez firmado este documento, se aplicó a los pacientes el inventario IDERE, que consta de las escalas para medir depresión como estado y como rasgo.

Análisis de datos

Los datos obtenidos en el inventario IDERE fueron ingresados al programa Microsoft Excel, posterior a ello se exportaron al software estadístico SPSS versión 24, a través del cual se hizo el análisis estadístico. Para poder describir la prevalencia de depresión como estado o como rasgo según el género tomando en cuenta los objetivos de evaluación e identificación de la depresión como rasgo o como estado, se realizaron tablas de contingencia, con el software estadístico, para comparar las variables género y rango de edad en relación a depresión como estado y como rasgo, utilizando la razón de prevalencia: $\frac{\text{número de casos}}{\text{población}} \times 100$ con un intervalo de confianza del 95%.

Finalmente se generaron cuadros y gráficos para facilitar la interpretación estadística descriptiva de los resultados que nos permitieron a su vez llegar a las respectivas conclusiones para de esta manera establecer recomendaciones pertinentes derivadas de la investigación.

f) RESULTADOS

1. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN PARTICIPANTE EN EL ESTUDIO

Tabla 1. Caracterización de la población.

VARIABLE	CATEGORÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
GENERO DEL PARTICIPANTE EN EL ESTUDIO				
GÉNERO	FEMENINO	25	50,00	50,00
	MASCULINO	25	50,00	50,00
	Total	50	100,00	100,00
RANGO DE EDAD DEL PARTICIPANTE POR LA MEDIANA				
RANGO DE EDAD	MENOR O IGUAL A 52 AÑOS	26	52,00	52,00
	MAYOR A 52 AÑOS	24	48,00	48,00
	Total	50	100,00	100,00

FUENTE: Investigación Directa (2018), recopilación de información en pacientes con insuficiencia renal crónica – Hospital General Isidro Ayora Loja (HGIAL).

ELABORACION: La autora

Análisis e interpretación

Se trabajó con una muestra de 50 pacientes, divididos proporcionalmente entre los géneros femenino y masculino. En lo referente a la edad, se determinó la mediana correspondiente de todas las edades de la muestra, esto es $Md = 52$ años, determinándose que la mayor proporción de pacientes se encuentra en el rango menor o igual a 52 años.

2. DESCRIPCIÓN DE LA PREVALENCIA DE DEPRESIÓN COMO ESTADO O COMO RASGO SEGÚN EL GÉNERO

2.1 Evaluación de la depresión como rasgo o como estado en pacientes con insuficiencia renal crónica en pacientes que reciben hemodiálisis en el Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja

Tabla 2 Evaluación de depresión como rasgo

CATEGORÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE ACUMULADO
ALTO (≥ 47)	11	22,0
MEDIO (36 - 46)	17	34,0
BAJO (≤ 35)	22	44,0
Total	50	100,0

FUENTE: Investigación Directa (2018), recopilación de información en pacientes con insuficiencia renal crónica – Hospital General Isidro Ayora Loja (HGIAL).

ELABORACION: La autora

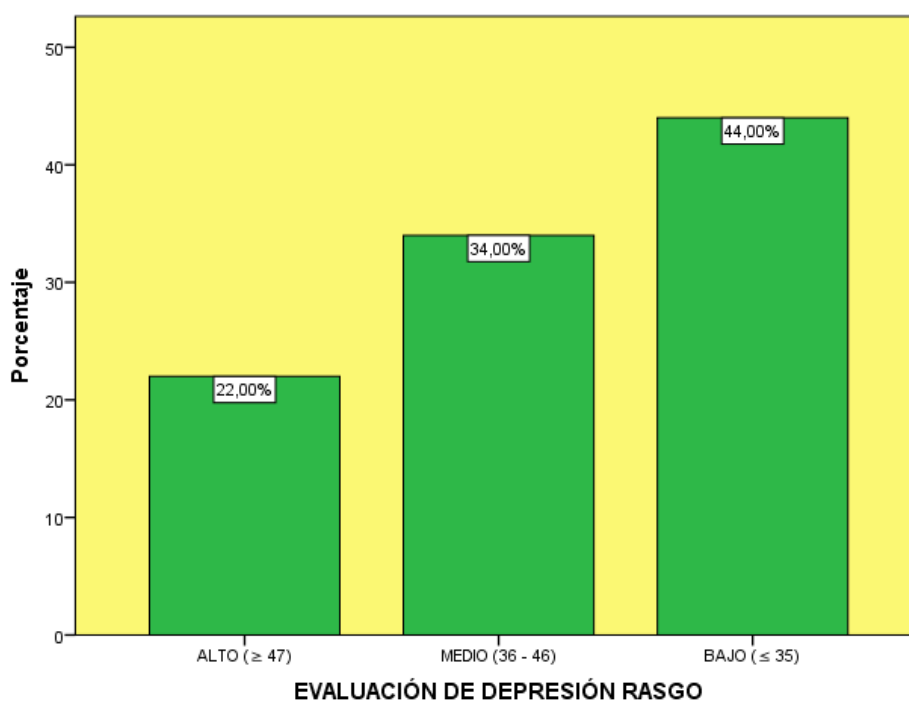


Figura 1. Interpretación de la evaluación de depresión como rasgo.

Tabla 3. Evaluación de depresión como estado

CATEGORÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE ACUMULADO
ALTO (≥ 47)	35	70,0
MEDIO (35 - 42)	15	30,0
Total	50	100,0

FUENTE: Investigación Directa (2018), recopilación de información en pacientes con insuficiencia renal crónica – Hospital General Isidro Ayora Loja (HGIAL).

ELABORACION: La autora

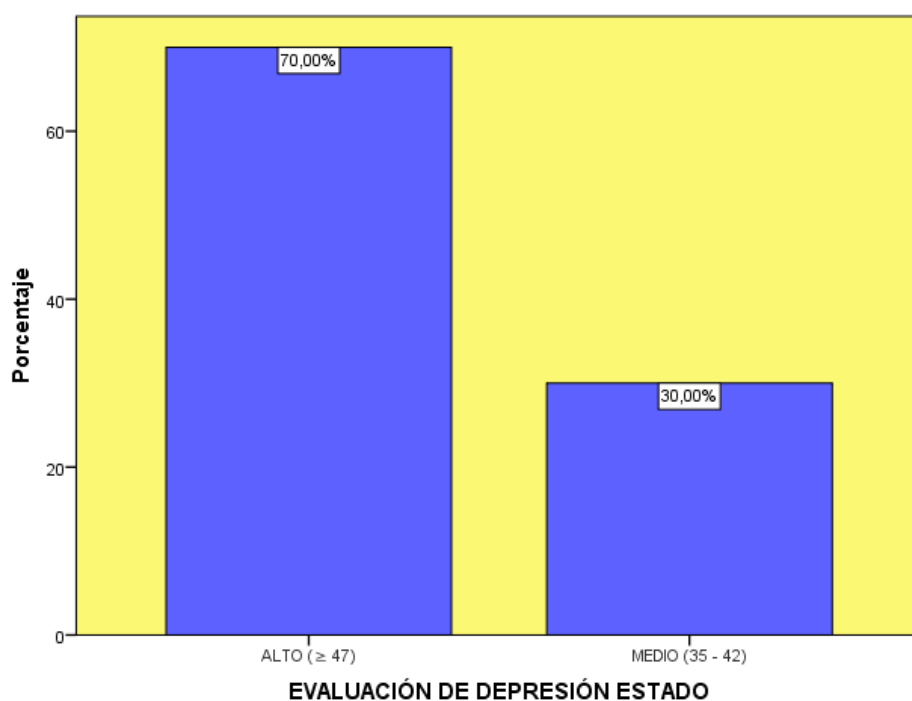


Figura 2. Evaluación de depresión como estado.

Análisis e interpretación

En cuanto a la evaluación de depresión como rasgo o como estado; tomando en cuenta la depresión como rasgo, la mayor proporción se encuentra en la categoría bajo (≤ 35); y en depresión como estado, con los mismos pacientes, se tiene que la mayor proporción se encuentra en la categoría alto (≥ 47).

2.2 Identificación de la depresión como rasgo o como estado según el género en pacientes con insuficiencia renal crónica en pacientes que reciben hemodiálisis en el Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja

Tabla 4. Depresión como estado por género

VARIABLE	CATEGORIA	DESCRIPCION	INTERPRETACIÓN DE DEPRESIÓN ESTADO		Total
			ALTO (≥ 47)	MEDIO (35 - 42)	
GÉNERO DEL PARTICIPANTE EN EL ESTUDIO	FEMENINO	Recuento	20	5	25
		% dentro de GÉNERO DEL PARTICIPANTE EN EL ESTUDIO	80,0%	20,0%	100,0%
		% del total	40,0%	10,0%	50,0%
	MASCULINO	Recuento	15	10	25
		% dentro de GÉNERO DEL PARTICIPANTE EN EL ESTUDIO	60,0%	40,0%	100,0%
		% del total	30,0%	20,0%	50,0%
Total		Recuento	35	15	50
		% dentro de GÉNERO DEL PARTICIPANTE EN EL ESTUDIO	70,0%	30,0%	100,0%
		% del total	70,0%	30,0%	100,0%

FUENTE: Investigación Directa (2018), recopilación de información en pacientes con insuficiencia renal crónica – Hospital General Isidro Ayora Loja (HGIAL).

ELABORACION: La autora

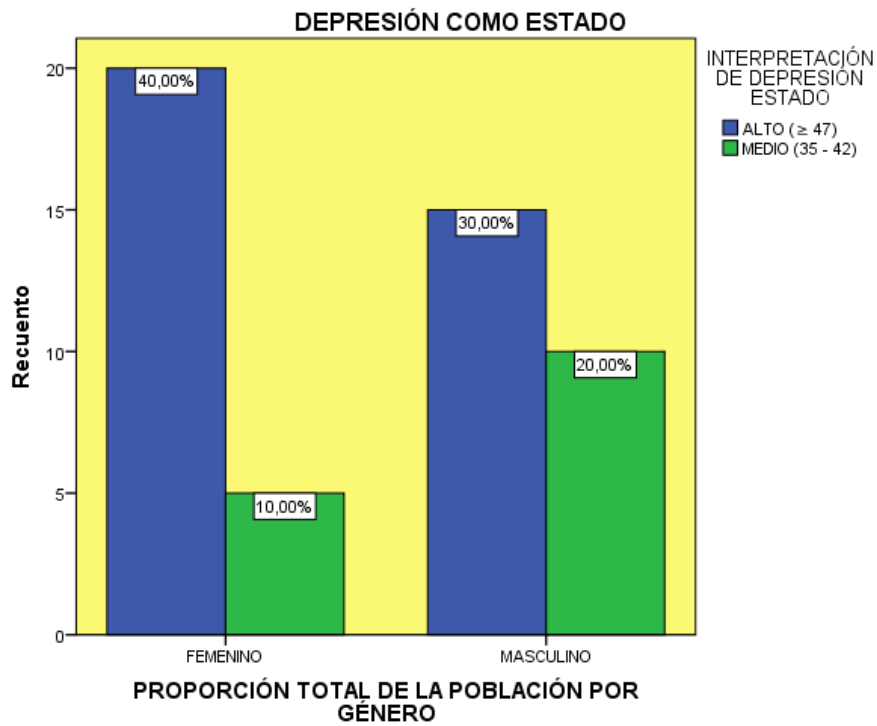


Figura 3. Identificación de la depresión como estado según el género.

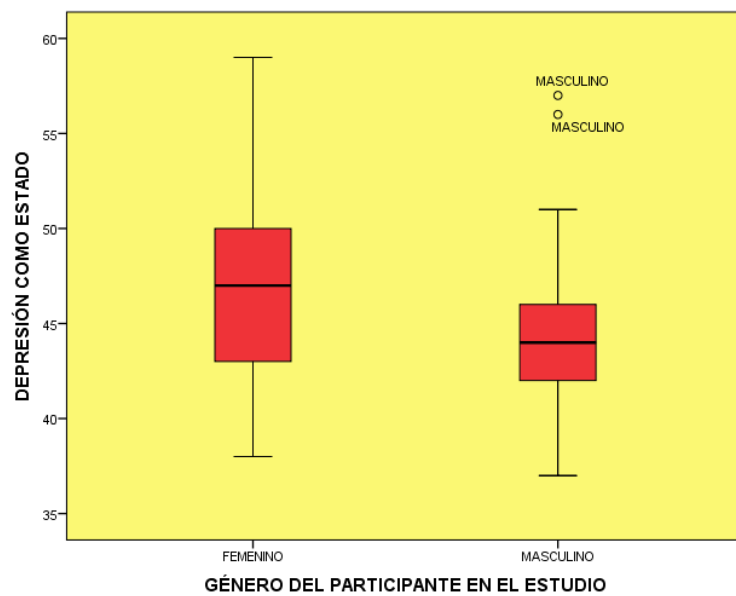


Figura 4. Relación de la depresión como estado por género.

Análisis e interpretación:

En el presente estudio se trabajó con dos grupos iguales de acuerdo al género, pudiéndose determinar una mayor proporción en la categoría alto según el género femenino (80,00%) de depresión alto en comparación con la categoría alto según el género masculino (60,00%), (ver tabla 4 y figura 3).

Con respecto a depresión como estado, la figura 4 indica que existen puntajes elevados en el género femenino, en contraste el género masculino presenta menores puntajes, pero se solapan los cuartiles, lo que quiere decir que no existe diferencia estadística significativa en depresión como estado según el género. Es importante destacar que en el género masculino existen dos casos que se han comportado de manera atípica con respecto a los datos presentados, manifestando puntajes elevados en relación a lo normal en el género masculino.

Tabla 5. Depresión como rasgo por género

VARIABLE	CATEGORÍA	DESCRIPCION	INTERPRETACIÓN DE DEPRESIÓN RASGO			Total	
			ALTO (\geq 47)	MEDIO (36 - 46)	BAJO (\leq 35)		
GÉNERO DEL PARTICIPANTE EN EL ESTUDIO	FEMENINO	Recuento	8	8	9	25	
		% dentro de GÉNERO DEL PARTICIPANTE EN EL ESTUDIO	32,0%	32,0%	36,0%	100,0%	
		% del total	16,0%	16,0%	18,0%	50,0%	
	MASCULINO	Recuento	3	9	13	25	
		% dentro de GÉNERO DEL PARTICIPANTE EN EL ESTUDIO	12,0%	36,0%	52,0%	100,0%	
		% del total	6,0%	18,0%	26,0%	50,0%	
		Total	Recuento	11	17	22	50
		% dentro de GÉNERO DEL PARTICIPANTE EN EL ESTUDIO	22,0%	34,0%	44,0%	100,0%	
% del total	22,0%	34,0%	44,0%	100,0%			

FUENTE: Investigación Directa (2018), recopilación de información en pacientes con insuficiencia renal crónica – Hospital General Isidro Ayora Loja (HGIAL).

ELABORACION: La autora

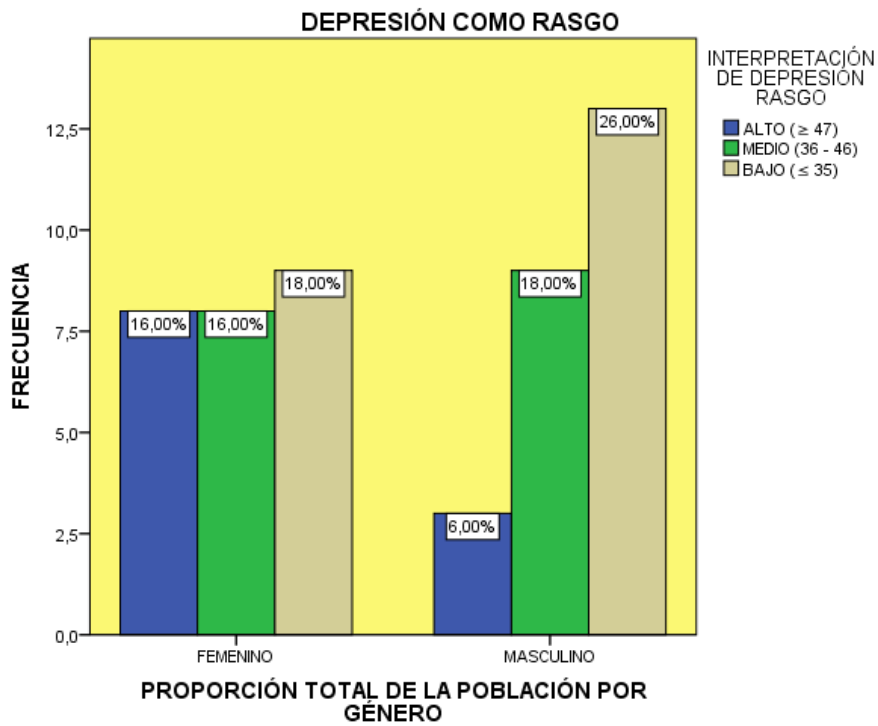


Figura 5. Identificación de la depresión como rasgo.

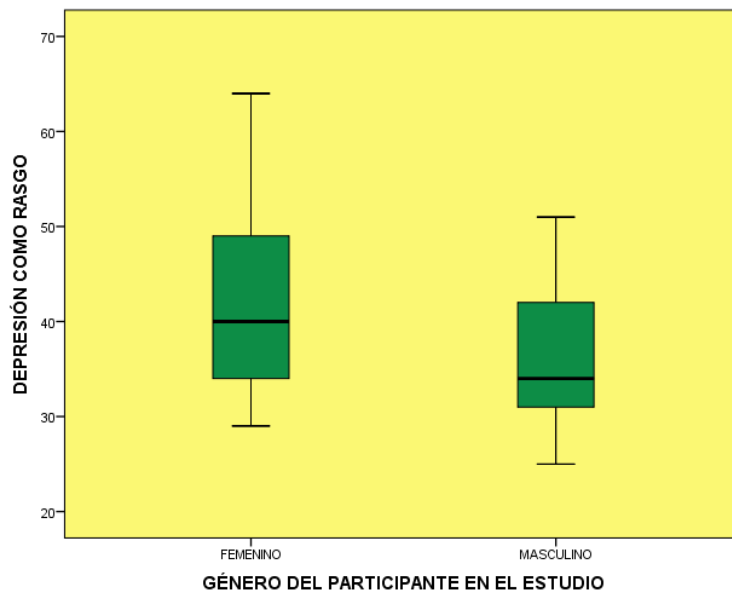


Figura 6. Relación de la depresión como rasgo por género.

Análisis e interpretación:

En la presente investigación al relacionar el género (proporción femenina igual a proporción masculina) con la depresión como rasgo, los resultados nos permiten establecer que existe mayor proporción femenina (32,00%) en la categoría alto de depresión como rasgo en comparación con el género masculino cuya proporción es menor (12,00%) en la misma categoría, sin embargo globalmente se puede establecer que la mayor proporción de pacientes con insuficiencia renal crónica se encuentra en la categoría de depresión como rasgo bajo.

Según la figura 6, existen elevados puntajes en el género femenino con respecto a depresión como rasgo, los menores puntajes los tiene el género masculino y de igual manera existe se entrecruzan los cuartiles de las cajas, significando poca diferencia estadística.

2.3 Identificación de la depresión como rasgo o como estado por rango de edad en pacientes con insuficiencia renal crónica en pacientes que reciben hemodiálisis en el Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja

Tabla 6. Depresión como estado por rango de edad

VARIABLE	CATEGORÍA	DESCRIPCION	INTERPRETACIÓN DE DEPRESIÓN ESTADO		Total
			ALTO (\geq 47)	MEDIO (35 - 42)	
RANGO DE EDAD DEL PARTICIPANTE POR LA MEDIANA	MENOR O IGUAL A 52 AÑOS	Recuento	16	10	26
		% dentro de RANGO DE EDAD DEL PARTICIPANTE POR LA MEDIANA	61,5%	38,5%	100,0%
		% del total	32,0%	20,0%	52,0%
	MAYOR A 52 AÑOS	Recuento	19	5	24
		% dentro de RANGO DE EDAD DEL PARTICIPANTE POR LA MEDIANA	79,2%	20,8%	100,0%
		% del total	38,0%	10,0%	48,0%
Total		Recuento	35	15	50
		% dentro de RANGO DE EDAD DEL PARTICIPANTE POR LA MEDIANA	70,0%	30,0%	100,0%
		% del total	70,0%	30,0%	100,0%

FUENTE: Investigación Directa (2018), recopilación de información en pacientes con insuficiencia renal crónica – Hospital General Isidro Ayora Loja (HGIAL).

ELABORACION: La autora

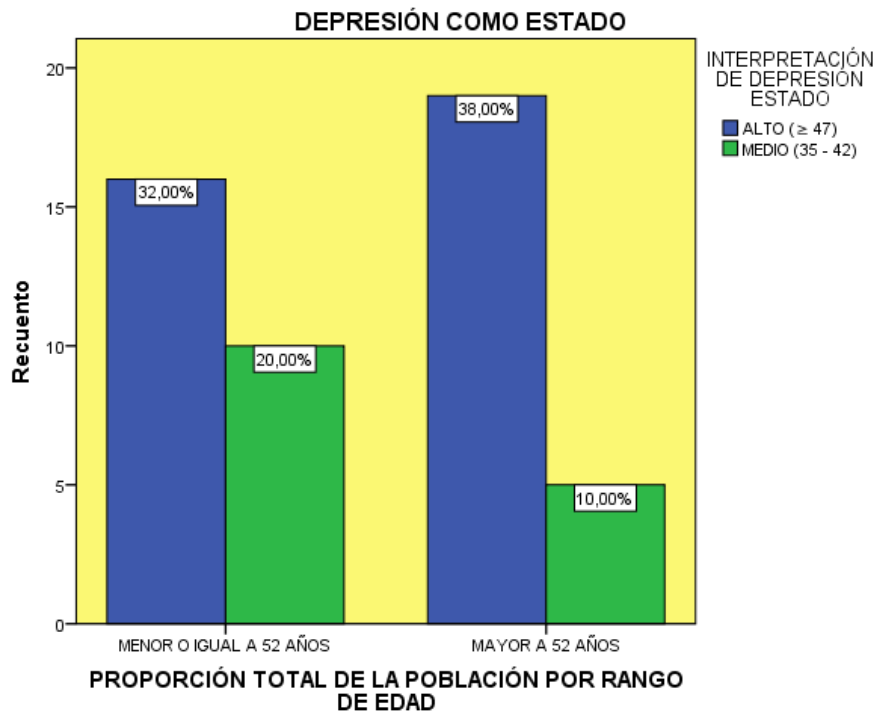


Figura 7. Identificación de la depresión como estado en relación con rango de edad.

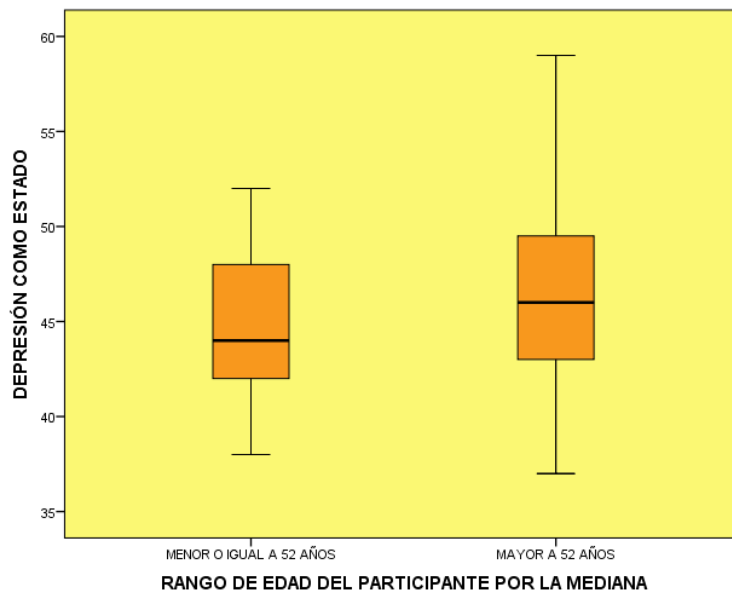


Figura 8. Relación de la depresión como estado por rango de edad.

Análisis e interpretación:

En base a la mediana, se tiene mayor proporción de depresión como estado en la categoría alto en el rango de edad mayor a 52 años (61,50%), en comparación con el rango de edad menor a 52 años (79,20%). Globalmente la proporción es 70,00% a 30,00% entre la depresión como estado en las categorías alto y medio.

La figura 8 indica, que los bigotes en el rango de edad mayor de 52 años son más extensos, refiriéndose esto a presentar mayoría de valores obtenidos en este rango y que en el rango menor o igual 52 existe menores puntajes, por lo que se indica que la depresión como estado se encuentra prevalece en los pacientes de rango de edad mayor a 52 años, sin embargo, la diferencia estadística es poco significativa debido al solapamiento de las cajas.

Tabla 7. Depresión como rasgo por rango de edad

VARIABLE	CATEGORIA	DESCRIPCION	INTERPRETACIÓN DE DEPRESIÓN RASGO			Total
			ALTO (\geq 47)	MEDIO (36 - 46)	BAJO (\leq 35)	
RANGO DE EDAD DEL PARTICIPANTE POR LA MEDIANA	MENOR O IGUAL A 52 AÑOS	Recuento	4	10	12	26
		% dentro de RANGO DE EDAD DEL PARTICIPANTE POR LA MEDIANA	15,4%	38,5%	46,2%	100,0%
		% del total	8,0%	20,0%	24,0%	52,0%
	MAYOR A 52 AÑOS	Recuento	7	7	10	24
		% dentro de RANGO DE EDAD DEL PARTICIPANTE POR LA MEDIANA	29,2%	29,2%	41,7%	100,0%
		% del total	14,0%	14,0%	20,0%	48,0%
Total		Recuento	11	17	22	50
		% dentro de RANGO DE EDAD DEL PARTICIPANTE POR LA MEDIANA	22,0%	34,0%	44,0%	100,0%
		% del total	22,0%	34,0%	44,0%	100,0%

FUENTE: Investigación Directa (2018), recopilación de información en pacientes con insuficiencia renal crónica – Hospital General Isidro Ayora Loja (HGIAL).

ELABORACION: La autora

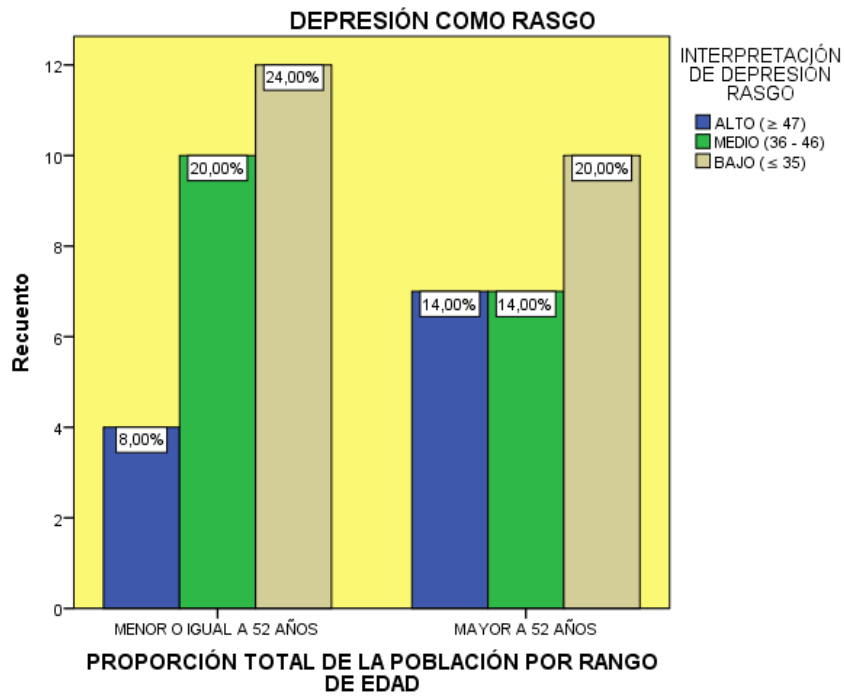


Figura 9. Identificación de la depresión como rasgo en relación con rango de edad

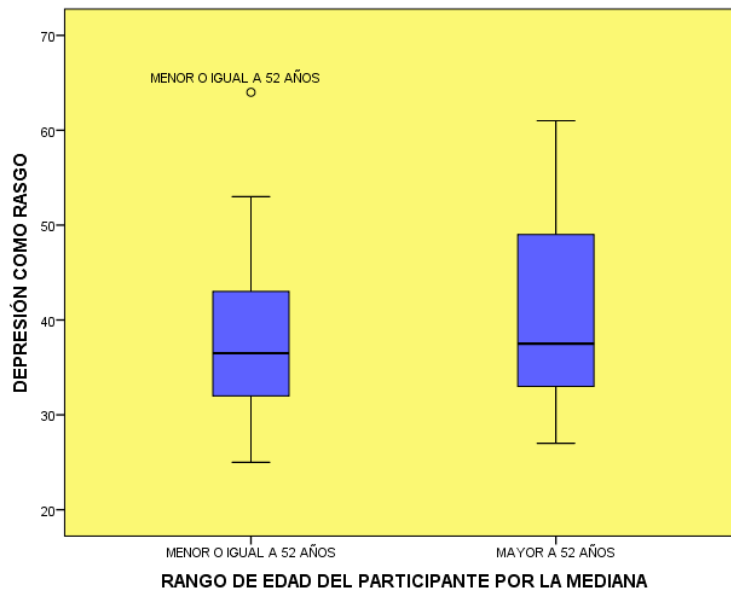


Figura 10. Relación de la depresión como rasgo por rango de edad

Análisis e interpretación:

El rango de edad con mayor presencia de depresión como rasgo en la categoría alto se encuentra el rango mayor a 52 años (29,20%) en comparación con el rango menor a 52 (15,40%) en la misma categoría. Globalmente existe mayor población de pacientes con insuficiencia renal crónica en depresión como rasgo en la categoría bajo.

La figura 10 indica, que en depresión como rasgo existen mayores puntajes en el rango de edad mayor a 52, y menores puntajes en el rango de edad menor o igual a 52, existiendo la presencia de un caso atípico, que indican tener puntajes elevados dentro del comportamiento estadístico normal en este rango de edad; finalmente la diferencia estadística es poco significativa.

g) DISCUSIÓN

La depresión es la condición psicopatológica más común entre los pacientes con insuficiencia renal crónica, pueden existir diversas formas de expresión de la depresión, ya sea como estados emocionales reactivos o como rasgo, que son predisposiciones relativamente estables de la personalidad a presentar depresión; estas formas de expresión de la depresión se manifestarían de manera diferente en función de las formas particulares de valoración de las situaciones estresantes y de los recursos del individuo para enfrentar estas situaciones, por lo que se busca describir la prevalencia de depresión como estado o como rasgo en la población de pacientes con insuficiencia renal crónica. La presente investigación se realizó con 50 pacientes, divididos equitativamente en 25 pacientes de género femenino y 25 de género masculino, en un rango de edad de 18 a 74 años, que reciben tratamiento de hemodiálisis en el Hospital General Isidro Ayora Loja.

En el presente estudio de investigación, los resultados generales muestran una alta prevalencia de depresión como estado, en los pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis en el Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja; sin embargo en la investigación existe relevancia en el género femenino que es el que prevalece tanto en estado como en rasgo, los presentes resultados se fortalecen con el estudio realizado por el Instituto Mexicano de Seguro Social (Villagómez, Gómez y Rosales “Depresión en pacientes del programa de hemodiálisis en el Noreste de México”, vol.35,num.3, julio-septiembre 2014; El Sevier) quienes determinaron que la prevalencia global de depresión en la población que estudiaron fue alta, encontrando significación estadística en el género femenino.

En la investigación se toma en cuenta la edad, siendo esta una variable con influencia en la sintomatología depresiva en los pacientes estudiados, por distintas causas, como el deterioro físico de la vejez, sumado a las limitaciones inherentes a la enfermedad y a su tratamiento lo mismo que ha sido constatado también por varios autores (Páez, Jofré, Azpiroz, Bortoli, en el

estudio “Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis”, agosto, 2008) ,quienes infieren que mientras mayor edad tienen los enfermos renales crónicos los niveles de depresión aumentan, estableciéndose relación con el presente estudio en el que se encontró que en el rango mayor a 52 años existe mayor presencia de depresión tanto como estado y como rasgo, lo que confirma la inferencia hecha por el estudio realizado antes mencionado. Es importante destacar que en este estudio el promedio de edad de los pacientes fue de 49,94 años; la edad mínima es de 18 años y la máxima de 74 años.

Finalmente, existen estudios como el de (Mesa, Vázquez, & Álvarez, 2013) “Depresión y ansiedad en los pacientes de hemodiálisis, Instituto de Nefrología, 2011-2012, Revista Hospital Psiquiátrico de la Habana” que indican prevalencia de depresión en pacientes de género masculino, mayores a 65 años. Estos resultados se pueden sopesar, ya que a pesar de que género el femenino fue el que prevaleció en el presente estudio, en mayores de los 52 años edad, la diferencia estadística entre géneros en la presente investigación fue mínima tanto para depresión como estado y como rasgo; situación que no cambia con la variable de edad, ya que indiscutiblemente varios estudios tanto el de la Habana como el presente, han demostrado que a mayor edad la depresión está presente en los pacientes con insuficiencia renal crónica .

h) CONCLUSIONES

- La mayor proporción de la población participante en la investigación se encuentra con valores máximos en depresión como estado y mínimos en depresión como rasgo.
- En cuanto a la prevalencia de depresión como estado y como rasgo según el género, se pudo establecer mayor prevalencia de depresión como estado y como rasgo en el género femenino, aunque la diferencia no es estadísticamente significativa con el género masculino.
- El rango de edad, donde se encuentra mayor proporción de depresión como estado y como rasgo se encuentra en el rango mayor a 52 años de edad.

i) RECOMENDACIONES

Este es un proceso investigativo que marcará pautas y que sin lugar a dudas permitirá identificar vacíos de investigación, por lo tanto, nuevas investigaciones se replicarán y orientarán su accionar en la producción de conocimiento; con lo expuesto y producto del presente estudio me permito recomendar lo que a continuación detallo:

- Ampliar el presente estudio a nivel socio demográfico tomando en cuenta: procedencia, estado civil, nivel escolar, apoyo familiar y tiempo de haber recibido tratamiento de hemodiálisis.
- Evaluar factores de riesgo y protectores, individuales, biológicos y sociales que puedan influenciar en la presencia o no presencia de la depresión como estado y como rasgo en los pacientes con insuficiencia renal crónica.
- Aplicar la propuesta de intervención psicológica planteada en la presente investigación ya que la misma busca el bienestar psicológico de la población estudiada.
- A la Unidad de Salud Mental del Hospital General Isidro Ayora, realizar jornadas de capacitación al personal de la Unidad de Hemodiálisis, en cuanto al tratamiento multidisciplinario que deben recibir los pacientes, y de esta forma promover el cuidado de la parte psicológica de los mismos.

j) BIBLIOGRAFÍA

- Akiskal, F., Gabay, Gonzáles, Manfredi, Solimano, & Wahlberg. (2006). Los nombres de la locura, nosografías psiquiátricas contemporáneas. *Revista de experiencias clínicas y neurociencias, dossier, el rescate y la memoria, confrontaciones, señales*, 360.
- Alarcón, A. (2004). La depresión en el paciente renal. *Revista colombiana de psiquiatría*, 303.
- Avendaño, Aljama, Arias, Caramelo, Ejido, & Lamas. (1997). Nefrología clínica. En Avendaño, Aljama, Arias, Caramelo, Ejido, & Lamas., *Nefrología clínica* (pág. 529). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Bulacio, J. (2003). Uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica. *Fundación de Ciencias Cognitivas Aplicadas*, 1.
- Capponi, R. (1992). Psicopatología y semiología psiquiátrica. En R. Capponi, *Psicopatología y semiología psiquiátrica*. (pág. 92). Santiago de Chile: Universitaria.
- Contreras, F., Esguerra, G., Juan, E., & Gutierrez, C. F. (2005). Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Universitas Psychologica*, 488-489.
- Diaz, M., & Espinoz, D. (1994). Tratado de Medicina Interna. En M. Diaz, & D. Espinoz, *Tratado de Medicina Interna* (pág. 1494). España: Editorial Médica Panamericana.
- Farreras, & Rozman. (2012). Medicina Interna XVII. En Farreras, & Rozman., *Medicina Interna XVII* (pág. 817). Barcelona: ElSevier.
- Gara. (2016). Insuficiencia renal crónica. 1.
- Ghedin, W. (2009). Las enfermedades mentales. En W. Ghedin, *Las enfermedades mentales*. (págs. 227-228). Argentina: Ediciones Lea S.A.

- Goldman, H. (2001). Psiquiatría general. En H. Goldman, *Psiquiatría general*. (págs. 339-340). México: El manual moderno.
- Gómez, Hernández, Rojas, Santacruz, & Uribe. (2005). Psiquiatría clínica: diagnóstico y tratamiento en niños. En Gómez, Hernández, Rojas, Santacruz, & Uribe., *Psiquiatría clínica: diagnóstico y tratamiento en niños*. (pág. 303). Colombia: Editorial Médica Panamericana.
- Gómez, Hernández, Rojas, Santacruz, & Uribe. (2008). Psiquiatría clínica; diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos. En Gómez, Hernández, Rojas, Santacruz, & Uribe., *Psiquiatría clínica; diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. (pág. 303). Colombia: Editorial Médica Panamericana.
- Grossman, M. M. (2006). Trastornos de la personalidad en la vida moderna. En M. M. Grossman, *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. (pág. 558). Barcelona: Masson S.A.
- HGIAL. (2017). *Rendición de cuentas*. Loja.
- Irastroza, L. (2012). Personalidad depresiva: concepto y diferenciación: diagnóstico diferencial entre el trastorno de personalidad depresiva y distimia. En L. Irastroza, *Personalidad depresiva: concepto y diferenciación: diagnóstico diferencial entre el trastorno de personalidad depresiva y distimia* (pág. 52). Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Jarne, & Talan. (2000). Manual de psicopatología clínica. En Jarne, & Talan., *Manual de psicopatología clínica*. (págs. 501-502). España: Fundación Vidal i Barraquer Paidós.
- Jarne, A., & Talan, A. (2000). Manual de psicopatología clínica. En A. Jarne, & A. Talan, *Manual de psicopatología clínica* (págs. 499-501). España: Fundació Vidal, Barraquer Paidós.

- Juan Carlos Flores, H. D. (2012). Enfermedad renal crónica: epidemiología y factores de riesgo. *Revista Médica Clínica de los Condes*, 502-503.
- Kelley, W. N. (1993). Medicina Interna. En W. N. Kelley, *Medicina Interna* (pág. 907). España: Ed. Médica Panamericana.
- L. Hernando Avendaño, H. (2008). Nefrología clínica. En H. L. Hernando Avendaño, *Nefrología clínica* (pág. 805). España: Editorial Médica Panamericana.
- Labrador, F. (2008). Técnicas de modificación de conducta. En F. Labrador, *Técnicas de modificación de conducta*. Ediciones Pirámide.
- Lobo, A. (2013). Manual de psiquiatría general. En A. Lobo, *Manual de psiquiatría general*. España.343-345.: Editorial Medica Panamericana.
- Martín, M., Grau, R., & Grau, J. (2003). El inventario de depresión rasgo-estado (IDERE): Desarrollo de una versión cubana. *Terapia Psicológica*, 121-124.
- Martinez, M. (2016). Episodio depresivo y su relación con la terapia de sustitución renal en los pacientes que acuden a la Unidad de Hemodiálisis "Cornelio Samaniego". En M. Martinez, *Episodio depresivo y su relación con la terapia de sustitución renal en los pacientes que acuden a la Unidad de Hemodiálisis "Cornelio Samaniego* (pág. 39). Loja.
- Matud, M., Kenya, G., & Matías, R. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal Of Clinical Health Psychology*, 8.
- Matud, Pilar, M., Guerrero, K., Matías, & G, R. (enero de 2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal Of Clinical Health Psychology*, vol.6., 1.
- Mental, S. (2009). Instituto de Salud Mental. En S. Mental, *Instituto de Salud Mental*. Estados Unidos.

- Mesa, M., Vázquez, Y., & Álvarez, N. (2013). Depresión y ansiedad en los pacientes de hemodiálisis, Instituto de Nefrología, 2011-2012. *Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 1.
- Morandi, V. (2008). *La logoterapia y la biblioterapia: descubriendo el sentido de la vida a través de la lectura*. Montevideo .
- MSP. (2015). *Programa Nacional de Salud Renal*.
- Munguía, M. (2008). Insuficiencia Renal y Depresión. *Revista del postgrado de Psiquiatría UNAH*.
- NIDDK. (2007). *Informatio Clearing House*. EE.UU.
- OMS. (2015).
- Páez, A., Jofré, M., Carmen, A., & Miguel, B. (2001). Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis. *Universidad Psychologica*, 118.
- Retamal, P. (2003). Depresión clínica y terapéutica. En P. Retamal, *Depresión clínica y terapéutica*. (págs. 33-37). Santiago de Chile: Editorial Mediterraneo Ltda.
- Sellarés., V. L. (2017). Hemodiálisis: Principios físicos. *Nefrologia digital*, 2.
- SLANH. (2011). Registro latinoamericano de diálisis y trasplante renal. *SLANH*, 1.
- Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH), R. L. (2014). *Prevalencia e Incidencia de la ERC en TRR en América Latina en 2014*.
- Torres, C. (2013). Insuficiencia renal crónica. *Revista Medica Herediana*, 1.
- Villagómez, Gómez, & Rosales. (2014). Depresión en pacientes del programa de hemodiálisis en el noreste de México. *ElSevier*, 1.
- Zarragoitía, I. (2011). Depresión, generalidades y particularidades. En I. Zarragoitía, *Depresión, generalidades y particularidades*. (págs. 14-15). La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

Zuñiga, Sandoval, Juárez, & Villaseñor. (2005). Los trastornos del estado de ánimo. *Zuñiga; Sandoval; Juárez; Villaseñor.*, 5.

k) ANEXOS

Anexo N. 1 Propuesta de intervención.

1. Tema.

Propuesta de intervención psicológica dirigida a los pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis en el Hospital General Isidro Ayora Loja.

2.Introducción.

La depresión es la condición psicopatológica más común entre los pacientes con enfermedad renal terminal o insuficiencia renal crónica (IRC), aun así, es poco diagnosticada y pasa desapercibida. La depresión puede ser tomada como una respuesta a la pérdida, sea esta real, anticipada o una fantasía. Aun cuando la depresión es genéticamente predispuesta, la pérdida precipita un episodio depresivo. Los pacientes con insuficiencia renal o que reciben algún tipo de terapia renal sustitutiva enfrentan o han pasado por muchas pérdidas, como ser su trabajo a tiempo completo, lo cual representa un problema de índole económico, la función renal normal, el rol en la familia, la función sexual, el tiempo, la movilización, todos estos influyen en la disminución de la calidad de vida del paciente y consecuentemente tiene un impacto negativo entre los que padecen esta enfermedad. A esto le podemos agregar estresores que irán apareciendo como ser, los efectos de los medicamentos, las limitaciones dietéticas, el miedo a la muerte y la dependencia al tratamiento. (Orellana & Munguia., 2008,p.10). Por todo esto y una vez finalizado el trabajo investigativo, a raíz de los resultados obtenidos he optado por plantear la siguiente intervención psicológica que lleva por nombre “Propuesta de intervención psicológica dirigida a los pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis en el Hospital General Isidro Ayora Loja”.

3. Justificación

En general, la depresión es una característica clínica presente en los pacientes con IRC, los resultados obtenidos en la investigación, en prevalencia de depresión como estado o como rasgo según el género se muestra que depresión como estado es alta en hombres y mujeres, esto se debe a la reacción psicológica que tienen estos pacientes a razón de su condición médica, y en cuanto a depresión como rasgo, se reveló que tanto en hombres como mujeres la propensión a tener rasgos depresivos como componente de la personalidad es baja. A raíz de los resultados obtenidos en esta investigación, se realiza la presente propuesta de una intervención psicológica que busca el bienestar de los pacientes, la misma que está estructurada en dos fases, en la primera se centrará en tratar acerca de IRC y depresión, mediante la psicoeducación, y la segunda fase que busca promover la salud mental en los pacientes, mediante la selección de estrategias oportunas determinadas como respuesta a la necesidad presente en la población estudiada.

4. Objetivos.

General:

Generar una propuesta de intervención psicológica para los pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis en el Hospital General Isidro Ayora Loja

Específico:

Psicoeducar acerca de IRC y depresión a los pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis en el Hospital General Isidro Ayora Loja

Promover la salud mental de los pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis en el Hospital General Isidro Ayora Loja

5. Planificación

Matriz de intervención psicológica

Fase	Técnica a utilizar	Descripción de la técnica	Desarrollo de la técnica	Objetivo	Recursos	Responsable
1	Psicoeducación	La psicoeducación es una estrategia que permite brindar a los pacientes la posibilidad de desarrollar, y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo. En donde el profesional de la salud que imparte psicoeducación tiene por objeto orientar y ayudar a identificar con mayor entendimiento y claridad el problema o la patología para enfocar adecuadamente, en forma conjunta, su resolución o tratamiento, es un proceso que puede orientarse a la	1.En las presentes sesiones se procederá a informar a los pacientes acerca de IRC, y Depresión, en ambas enfermedades se hablará sobre, su conceptualización, causas, síntomas, y posible tratamiento. 2.Una vez explicado el tema, se abrirá una ronda de preguntas y un espacio para que los pacientes puedan expresar en el grupo, su percepción acerca del tema abordado (feedback).	Que, mediante el conocimiento sobre la enfermedad, se mejore la sensación de control sobre la misma, y que los pacientes tengan la oportunidad de hablar acerca de sus experiencias relacionadas a los temas abordados.	Orientación brindada en esta propuesta.	Psicólogo/a clínico/a encargado de la Unidad de Hemodiálisis.

		<p>psicopatología o a las personas en general, tengan o no una afección clínica, y de esta manera se favorece a una mejora en la calidad de vida y prevención de enfermedades mentales. Además de ser una herramienta terapéutica viable de utilizar en diferentes tipos de abordajes, ya sean estos individuales, de pareja, familiares o grupales. (Bulacio, 2003)</p>				
2	<p>Técnica del control de la activación: control de la respiración.</p>	<p>Sin duda el procedimiento más sencillo, y uno de los más útiles y eficaces en el control de la activación, lo constituyen las técnicas de control de la respiración. La alternativa del desarrollo de un patrón respiratorio caracterizado por</p>	<p>1. Condiciones iniciales: postura cómoda, ojos cerrados, ropa holgada, eliminación de posibles estímulos distractores y centrarse en las sensaciones corporales. Colocar la mano derecha sobre el abdomen, identificar la propia respiración sin alterar el patrón de respiración, e identificar que sensaciones produce en el cuerpo, comentar estas sensaciones, si la respiración es rápida o corta, profunda o superficial, con el objetivo de que el paciente empiece a tomar conciencia de cómo ha sido su respiración y proceder a enseñarle la forma adecuada de hacerlo para el control de la activación. 2. Dirigir el aire inspirado a la parte más inferior de los pulmones 3. Dirigir el aire a la parte inferior y media de los pulmones</p>	<p>Enseñar un adecuado control de la respiración en condiciones óptimas, para después generalizar y automatizar este control en todo tipo de situaciones, en especial en las más problemáticas.</p>	<p>Orientación brindada en esta propuesta.</p>	<p>-Psicólogo/a clínico/a encargado de la Unidad de Hemodiálisis.</p>

		<p>una inspiración lenta, regular y con volúmenes elevados de aire en cada inspiración facilitará una buena oxigenación pulmonar y de todos los tejidos, un menor trabajo cardiovascular, así como una reducción de la activación general del organismo. Algunos autores han llegado a considerar una buena respiración como un antídoto general contra el estrés y la ansiedad. (Labrador, 2008,p.206-208)</p>	<p>4.Realizar una inspiración completa en tres tiempos (diafragmática inferior, diafragmática media, torácica). 5.Hacer más completa, regular y lenta la respiración. 6.Establecer una adecuada alternancia respiratoria 7.Generalizar la respiración completa en condiciones habituales. (Labrador, 2008)</p>			
Terapia Racional Emotiva-Conductual	<p>Albert Ellis, su fundador, desarrollar la TREC como un método terapéutico para tratar las dificultades emocionales y la describe como una terapia congitivo-conductual, activa directiva y educativa, cuyo</p>	<p>El procedimiento terapéutico de la TREC consta de cuatro grandes fases: 1.Evaluación de los problemas, explicación del esquema A-B-C, en la que a través de la entrevista el terapeuta averigua el tipo de problemas que presenta el cliente, organizándolos en dos categorías: externos e internos. Los problemas externos, dependen de las situaciones ambientales. Y los problema internos, comprenden los síntomas que presente el cliente, es decir, las perturbaciones emocionales y conductas desadaptadas que manifieste (ansiedad,ira,depresión,culpa,adicciones).Una vez identificado el problema, se le explicará al paciente el</p>	<p>Alterar el sistema de creencias del paciente y ayudarle a generar una nueva filosofía de la vida.</p>	<p>Orientación brindada en esta propuesta.</p>	<p>Psicólogo/a clínico/a encargado de la Unidad de Hemodiálisis.</p>	

		<p>objetivo es alterar el sistema de creencias del sujeto y ayudarle a generar una nueva filosofía de la vida.</p>	<p>método a seguir, explicándole que se trabajará sobre las creencias irracionales(A), ya que son las que generan los problemas conductuales que presenta(B) y cuando esto esté resuelto se centrará en los problemas ambientales (C).</p> <p>2.Detección de ideas irracionales y darse cuenta de su papel en los trastornos emocionales y conductuales: A través de un diálogo didáctico el terapeuta debe ayudar al cliente a descubrir sus ideas irracionales y el papel que desempeñan en sus problemas emocionales y conductuales, descubriendo las formas de pensamiento irracional (tremendismo, insoportabilidad, condenación,); además el terapeuta solicitará al cliente que, a través de autoregistros, practique fuera de consulta lo aprendido.</p> <p>3.Debate y cambio de ideas irracionales: mediante preguntas que susciten a la discusión y al debate el terapeuta ayudará al cliente a cuestionar la veracidad de sus pensamiento irracionales, analizando: los aspectos favor y en contra, argumentos ilógicos y falsos que está utilizando para mantenerlos, como generar creencias racionales que sirvan de alternativas, beneficios de las creencias alternativas, motivación a mantener las nuevas creencias; además este debate debe utilizar el método hipotético-deductivo, que se resumen en cinco reglas: empirismo, lógica, flexibilidad, ausencia de valoración moral, probabilismo.</p> <p>4. Aprender de una nueva filosofía de vida: esto tiene como objetivo que se arraiguen, de manera permanente y estable las nuevas creencias racionales que se han aprendido anteriormente. Se fortalece este punto mediante tareas a casa en donde se use el modelo ABC. (Labrador, 2008,p.502-510)</p>			
Biblioterapia clínica	La biblioterapia es la lectura de todo material bibliográfico con	El terapeuta recomienda al paciente una lectura para leer de acuerdo a la enfermedad o a las necesidades del paciente y en base a ello se trabaja. (Morandi, 2008)	Facilitar la interacción entre las personas, llevándolas a	Orientación brindada en esta propuesta.	Psicólogo/a clínico/a encargado de la Unidad de Hemodiálisis.	

		fines terapéuticos. (Morandi, 2008)		expresar sus sentimientos: los celos, las angustias y los deseos. De esta forma, no estará más solo para resolver sus problemas, él los comparte con sus semejantes, en un intercambio de experiencias y valore.		
Entrenamiento en habilidades sociales: asertividad.	-El entrenamiento en habilidades sociales (EHS) es una de las técnicas cognitivo-conductuales más potentes de las que disponemos hoy día, utilizándose para aumentar la eficacia interpersonal, para el tratamiento de diferentes problemas psicológicos y para la mejorar de la calidad de vida. (Labrador, 2008,p.576)	1.Trabajar sobre el sistema de creencias que mantenga el respeto por los propios derechos personales y por los derechos de los demás. 2.Hacer que el paciente entienda y distinga entre respuestas asertivas, no asertivas y agresivas. Los individuos participantes deben tener en claro que el comportamiento asertivo es, generalmente, más adecuado y reforzante que otros estilos de comportamiento. 3.Abordar la reestructuración cognitiva de la forma de pensar incorrecta de la persona socialmente inadecuadas en situaciones concretas. El objetivo de las técnicas cognitivas empleadas consiste en ayudar a los pacientes en reconocer que lo que se dicen a sí mismos puede influir en sus sentimientos y en su conducta 4.Ensayo conductual de las respuestas socialmente adecuadas en situaciones determinadas. (Labrador, 2008,p.576)	-Generar conciencia en el paciente acerca de la adecuada manera de comunicarse, con el fin de llevar este pensamiento a la práctica, específicamente en su familia, y de esta manera lograr dar a conocer sus pensamientos, sentimientos y necesidades a su familia de la manera adecuada.	Orientación brindada en esta propuesta.	-Psicólogo/a clínico/a encargado de la Unidad de Hemodiálisis.	

Anexo N. 2 Consentimiento informado



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Respetado señor/a, por medio del presente documento le solicito la participación voluntaria en la realización por escrito de una prueba psicológica titulada “Inventario de Depresión Rasgo-Estado”, que estoy utilizando como parte de un ejercicio académico e investigativo, que tiene como objeto medir la depresión como un estado emocional transitorio o como un rasgo de personalidad que predisponga a la persona a la depresión, en los pacientes de la Unidad de Hemodiálisis del “HGIAL”, que tengan una rango de edad comprendido entre 20 y 59 años de edad, la misma que será realizada de forma individual en la sala de Unidad de Hemodiálisis, utilizando el horario en el que usted asista a terapia de hemodiálisis.

La información obtenida a partir de sus respuestas en la prueba tendrá un carácter eminentemente confidencial de tal manera que su nombre no se hará público por ningún medio. Igualmente, usted podrá tener conocimiento de la interpretación de sus resultados y puntuaciones obtenidas en la prueba.

En consideración a lo anterior, agradezco su participación voluntaria en la realización de esta prueba. (Si desea participar por favor, marque sus datos personales en la parte inferior de la hoja y firme en el espacio designado).

(Yo), portador de la cédula de ciudadanía número, expreso voluntaria y conscientemente mi deseo de participar en la realización de la prueba en el lugar y hora prevista por la evaluadora.

En constancia firma,

.....
C.C:.....



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



REACTIVO IDERE DIRIGIDO A LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL “HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA LOJA”

Señor/a paciente, en calidad de egresada de la carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, me encuentro interesada en desarrollar mi tesis de grado para la obtención del título de Psicóloga Clínica para cual, solicito a usted se digne responder el presente cuestionario, el mismo que está basado en conocer rasgos de personalidad y estados emocionales depresivos.

Cabe resaltar que las respuestas se quedarán en absoluta reserva, garantizando su derecho a la privacidad, las mismas solamente serán usadas con fines académicos.

Nombre: _____

Fecha: _____

Sexo: F _____ M _____

Edad: _____

Instrucciones (A):

Alguna de las expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo.

Lea cada frase y escriba el número correspondiente a la respuesta seleccionada de acuerdo a como usted se sienta usted **ahora mismo**, en estos momentos. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos, **ahora**.

No, en absoluto –1

Un poco –2

Bastante –3

Mucho –4

1. Pienso que mi futuro es desesperado y no mejorará mi situación.....()
2. Estoy preocupado.....()
3. Me siento con confianza en mi mismo.....()
4. Siento que me canso con facilidad.....()
5. Creo que no tengo nada de que arrepentirme.....()
6. Siento deseos de quitarme la vida.....()
7. Me siento seguro.....()
8. Deseo desentenderme de todos los problemas que tengo.....()
9. Me canso más pronto que antes.....()
10. Me inclino a ver el lado bueno de las cosas.....()
11. Me siento bien sexualmente.....()
12. Ahora no tengo ganas de llorar.....()
13. He perdido la confianza en mi mismo.....()
14. Siento necesidad de vivir.....()
15. Siento que nada me alegra como antes.....()
16. No tengo sentimientos de culpa.....()
17. Duermo perfectamente.....()

18. Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea.....()
 19. Tengo gran confianza en el porvenir.....()
 20. Me despierto más temprano que antes y me cuesta trabajo volverme a dormir.....()

Instrucciones (B):

Alguna de las expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo.

Lea cada frase y escriba el número correspondiente a la respuesta seleccionada de acuerdo a como usted se sienta usted **generalmente**.

No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos, **generalmente**.

- Casi nunca -1
 Algunas veces -2
 Frecuentemente -3
 Casi siempre -4

1. Quisiera ser tan feliz como otras personas parecen serlo.....()
 2. Creo no haber fracasado más que otras personas.....()
 3. Pienso que las cosas me van a salir mal.....()
 4. Creo que he tenido suerte en la vida.....()
 5. Sufro cuando no me siento reconocido por los demás.....()
 6. Pienso que todo saldrá bien en el futuro.....()
 7. Sufro por no haber alcanzado mis mayores aspiraciones.....()
 8. Me deprimó por pequeñas cosas.....()
 Tengo confianza en mi mismo.....()
 Me inclino a ver el lado bueno de las cosas.....()
 11. Me siento aburrido.....()
 12. Los problemas no me preocupan más de lo que se merecen.....()
 13. He logrado cumplir mis propósitos fundamentales.....()
 14. Soy indiferente ante las situaciones emocionales.....()
 15. Todo me resulta de interés.....()
 16. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza.....()
 17. Me falta confianza en mi mismo.....()
 18. Me siento lleno de fuerzas y energías.....()
 19. Pienso que los demás me estimulan adecuadamente.....()
 20. Me ahogo en un vaso de agua.....()
 21. Soy una persona alegre.....()
 22. Pienso que la gente no me estimula las cosas buenas que hago.....()

Calificación

Depresión como estado

$$1+2+6+8+9+10+13+15+18+20 = \text{Total A}$$

$$3+4+5+7+11+12+14+16+17+19 = \text{Total B}$$

$$(A - B) + 50 =$$

___ Alto ≥ 43

___ Medio $35 - 42$

___ Bajo ≤ 34

Depresión como rasgo

$$1+3+5+7+8+11+14+16+17+20+22 = \text{Total A}$$

$$2+4+6+9+10+12+13+15+18+19+21 = \text{Total B}$$

$$(A - B) + 50 =$$

___ Alto ≥ 47 ___ Medio $36-46$

___ Bajo ≤ 35

Anexo N. 4 Traducción del resumen del idioma español al idioma inglés



Lic. Liliana Celi Celi
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis titulada "PREVALENCIA DE DEPRESIÓN COMO ESTADO O COMO RASGO SEGÚN EL GÉNERO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA QUE RECIBEN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA LOJA" autoría de Diana Stefanía Figueroa Salazar con número de cédula 1104417306 egresada de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 28 de Mayo de 2018

Lic. Liliana Celi Celi
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.



Líderes en la Enseñanza del Inglés

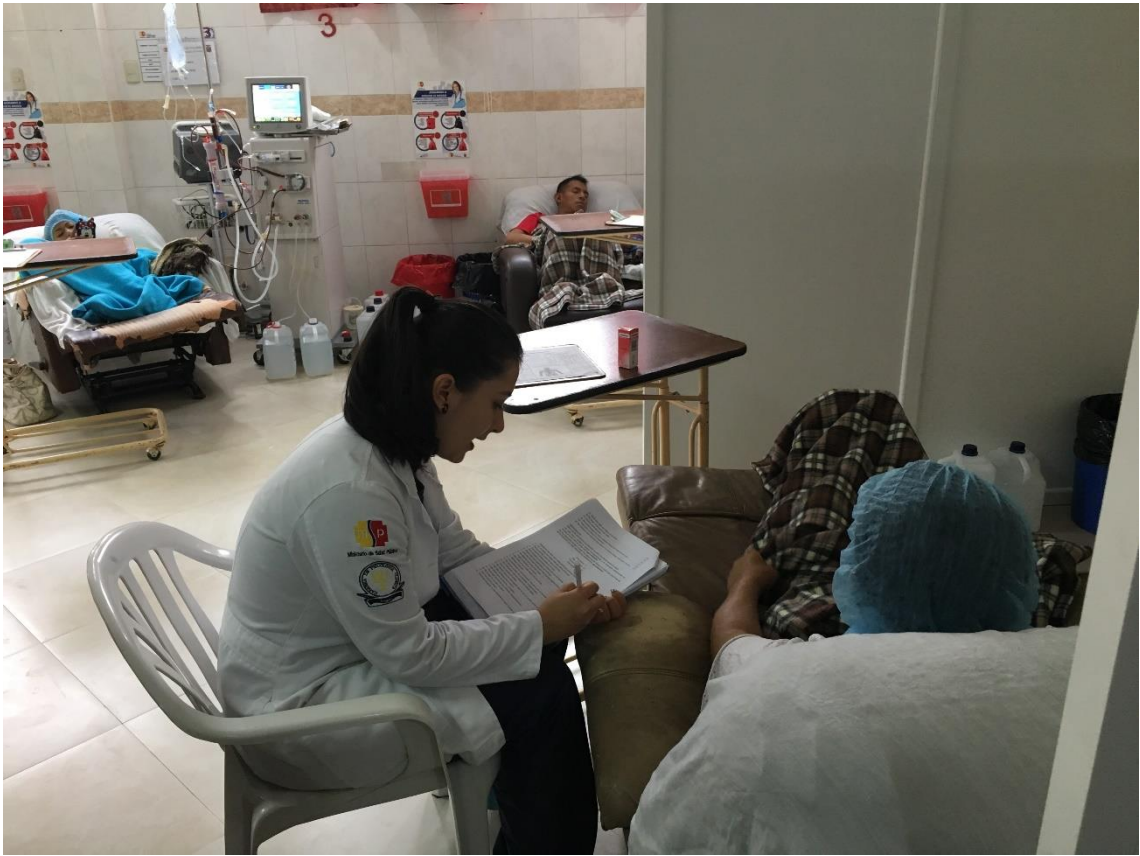
Fine-Tuned English Cía. Ltda. | Teléfono 2578899 | Email venalfine@finetunedenglish.edu.ec | www.finetunedenglish.edu.ec

LOJA: Fine-Tuned English, Macará entre Miguel Riofrío y Rocafuerte. 2578899, 2563224, 2574702
ZAMORA: Fine-Tuned Zamora, García Moreno y Pasaje 12 de Febrero. Teléfono: 2608169
CATAMAYO: Fine-Tuned Catamayo, Av. 24 de Mayo 08-21 y Juan Montalvo. Teléfono: 2678442



Anexo N. 5 Evidencia fotográfica









UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA:

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN COMO ESTADO
O COMO RASGO SEGÚN EL GÉNERO EN
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL
CRÓNICA QUE RECIBEN TRATAMIENTO DE
HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL GENERAL
ISIDRO AYORA LOJA”.**

NOMBRE:

Diana Stefanía Figueroa Salazar.

TRABAJO DE TITULACIÓN

Tema:

- Prevalencia de depresión como estado o como rasgo según el género en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis en el Hospital General Isidro Ayora Loja.

Objetivos:**General:**

- Describir la prevalencia de la depresión como estado o como rasgo según el género en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis en el Hospital General Isidro Ayora Loja.

Específicos:

- Evaluar la depresión como rasgo o como estado en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis en el Hospital General Isidro Ayora Loja.
- Identificar la depresión como rasgo o como estado según el género en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis en el Hospital General Isidro Ayora Loja.
- Identificar la depresión como rasgo o como estado por rango de edad en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis en el Hospital General Isidro Ayora Loja.

Problematización:

Entre las enfermedades crónicas no transmisibles se encuentra la Insuficiencia Renal Crónica. (Trincado, et al, 1998).

La insuficiencia renal crónica afecta a cerca del 10% de la población mundial. Se puede prevenir pero no tiene cura, suele ser progresiva, silenciosa y no presentar síntomas hasta etapas avanzadas. (OPS/OMS, 2015).

En Latinoamérica, desde el año 1991 hasta el año 2014, la Insuficiencia Renal Crónica establecida en modalidad de tratamiento ha tenido un incremento de 250.000 pacientes. (Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH), Registro Latinoamericano de Diálisis y Trasplante Renal, 2014)

En Ecuador se estima que en 2015 los pacientes con insuficiencia renal fueron 11.460.000 (Programa Nacional de Salud Renal, 2015)

Algunos individuos pueden presentar alteraciones emocionales como depresión como respuesta a la sintomatología orgánica, o a las limitaciones impuestas por la enfermedad y el tratamiento. (Álvarez, Fernández, Vázquez, Mon, Sánchez & Rebollo, 2001).

Los pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben algún tipo de tratamiento renal como hemodiálisis pueden pasar por muchas pérdidas, como ser su trabajo a tiempo completo lo cual representa un problema de índole económico, el rol en la familia, la función sexual, el tiempo, la movilización; todos estos influyen en la disminución de la calidad de vida del paciente además pueden verse afectados por los efectos de los medicamentos, las limitaciones dietéticas, el miedo a la muerte y la dependencia al tratamiento.

La depresión puede ser tomada como una respuesta a la pérdida antes mencionada, sea esta real o anticipada, ya que depende de la valoración cognitiva del paciente; esta pérdida puede precipitar a una reacción depresiva, siendo esta la condición psicopatológica más común entre los pacientes con insuficiencia renal crónica y una de las menos estudiadas. (M*, Munguía A*, (2008) Insuficiencia Renal y Depresión Orellana, *Revista del Postgrado de Psiquiatría UNAH*, VOL.1, NO.3,ENE-JUN).

Existe la tendencia a experimentar reacciones depresivas frecuentes, intensos, aislados o como un determinado tipo de estructuración de la personalidad (Kraepelin,1996), esto es avalado por algunos investigadores cubanos quienes mencionan que: “pueden existir diversas formas de expresión de la depresión: como estados emocionales reactivos y como predisposiciones relativamente estables de la personalidad, las cuales se manifestarían de manera diferente en función de las formas particulares de valoración de las situaciones estresantes y de los recursos del individuo para enfrentar estas situaciones” . (Martin, Grau & Grau, 2003, El inventario de depresión rasgo-estado (IDERE): Desarrollo de una versión Cubana, Vol.122).

La depresión se pueden expresar como estados emocionales transitorios ellos no son más que el reflejo subjetivo de la situación vital del sujeto, en un momento determinado. Cuando el paciente debe enfrentar situaciones crónicas como en este caso una enfermedad crónica como lo es la “IRC” se produce un desequilibrio en el individuo, causando conflictos para solucionar dificultades estos estados suelen alcanzar gran intensidad y estabilidad, presentando una sintomatología importante en donde la intensidad y la cantidad de síntomas pueden disminuir (por la acción de fármacos, por soluciones temporales de los conflictos, etc.)

Y, como rasgos de la personalidad, “fijados” a lo largo de la vida del paciente, entendiéndose que este reflejo se produce de forma activa modulado por factores intrínsecos (biológicos, histórico-biográficos, socioculturales, etc.), dichas estructuras psicológicas a manera de “factores de riesgo”, se expresarán como predisposiciones personales, relativamente estables, que son definidas en función de la propensión a experimentar estados de depresión (Martin, Grau & Grau, 2003, El inventario de depresión rasgo-estado (IDERE): Desarrollo de una versión Cubana, Vol.21, 121, 122,124).

Justificación:

Los pacientes con insuficiencia renal crónica reciben tratamiento de diálisis toda su vida por lo que deben hacer continuos ajustes en sus hábitos y estilo de vida, lo cual implica cambios no solo a nivel físico sino también psicológico y social con el objeto de hacer frente a su nueva condición de vida generando esto posibles estados depresivos.

El interés en este trabajo de investigación surge a raíz del conocimiento obtenido en nuestras aulas académicas, donde se ha conocido que la depresión se pueden expresar como estados emocionales transitorios o como rasgos de la personalidad relativamente estables.

Por lo que se lo denomina: “Prevalencia de depresión como estado o como rasgo según el género en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis en el Hospital General Isidro Ayora Loja”, el estudio es viable ya que la depresión como tema de investigación consta dentro de los lineamientos de investigación de salud dentro del área de salud mental, además se cuenta con la bibliografía científica acerca del tema, aumentado a esto, la oportunidad de contar con población estable para realizar el estudio y con los respectivos reactivos psicológicos validados para evaluar el tema; además de ser este trabajo un requisito para la obtención del título de pregrado en la carrera de Psicología Clínica.

Metodología:**Enfoque de la Investigación**

El enfoque de la investigación a realizarse es de tipo cualitativa y cuantitativa, ya que se utilizará reactivos psicológicos validados, para medir las variables, y que darán lugar a resultados cuantificables, medibles y comprobables.

Modalidad de la Investigación

Se realizará investigación de campo, ya que se acudirá la Unidad de Hemodiálisis del Hospital General Isidro Ayora Loja, en donde se utilizarán reactivos psicológicos, para la obtención de los datos.

Tipos de investigación

Descriptivo: el propósito de este tipo de investigación es describir situaciones y eventos es decir cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Dankhe, 1986). Miden y evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar. Desde el punto de vista científico, describir es medir. El estudio descriptivo selecciona una serie de cuestiones y mide cada una de ellas independientemente, para así describir lo que se investiga.

El presente trabajo de investigación pretende especificar la características de los pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben hemodiálisis en base a la prevalencia de la depresión como estado o como rasgo según el género, de esto forma se medirá cada una de las variables a través de instrumentos validados, y se procederá a la descripción de lo investigado.

Población

La propuesta de la investigación se realizará con 50 pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital General Isidro Ayora Loja, quienes serán evaluados, según el horario distribuido por procesos administrativos del hospital.

Muestra

Se trabajará con 50 pacientes de 18 a 74 años de edad que reciben tratamiento de a hemodiálisis en el Hospital Regional Isidro Ayora.

Criterios de Inclusión

Pacientes de 18 a 74 años de edad que reciben tratamiento de hemodiálisis en el Hospital Regional Isidro Ayora.

Pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital General Isidro Ayora Loja que presenten el consentimiento informado.

Criterios de Exclusión

Pacientes menores de 18 años y mayores a 74 años, de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital General Isidro Ayora Loja.

Pacientes que acuden a la Unidad de Hemodiálisis del Hospital General Isidro Ayora Loja por el servicio de emergencia.

Pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital General Isidro Ayora Loja que no presenten el consentimiento informado.

Operacionalización de variables

VARIABLES	TIPOS DE VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALAS
Género	Dependiente	Conjunto de personas o cosas que tienen características generales comunes	Cuantitativa - Cualitativa	Femenino Masculino		Cuestionario
Depresión como estado o como rasgo	Independiente	La depresión se puede expresar como estados emocionales más o menos transitorios y como rasgos de la personalidad relativamente estables. Ellos no son más que el	Cuantitativa - Cualitativa	La escala que evalúa la depresión como estado permite identificar de manera rápida a las personas que tienen síntomas depresivos, así como sentimientos de	Inventario IDERE se evalúan en un grado de 1 a 4. - Casi nunca: 1 punto - Algunas veces: 2 puntos	Inventario de Depresión estado/rasgo, El IDERE es un inventario autoevaluativo, diseñado para evaluar dos formas relativamente independientes

		reflejo subjetivo de la situación vital del sujeto, en un momento determinado (en el caso de los estados emocionales) o a lo largo de su vida (en el caso de los rasgos de la personalidad).		tristeza reactivos a situaciones de pérdida o amenaza, que no necesariamente se estructuran como un trastorno depresivo, aunque provoquen malestar e incapacidad. Tiene 20 ítems cuyas respuestas toman valores de 1 a 4. La mitad de estos ítems por su contenido, son positivos en	- Frecuentemente: 3 puntos - Casi siempre: 4 puntos Tanto la escala de depresión como rasgo como la depresión como estado se califican en tres niveles: -Bajo -Medio -Alto	de la depresión: la depresión como estado (condición emocional transitoria) y la depresión como rasgo (propensión a sufrir estados depresivos como una cualidad de la personalidad relativamente estable).
--	--	--	--	--	---	--

				<p>los estados depresivos, mientras que la otra mitad son ítems antagónicos con la depresión. El sujeto debe seleccionar la alternativa que mejor describe su estado en ese momento y tiene cuatro opciones de respuesta: No en lo absoluto (que vale 1 punto), Un poco (vale 2 puntos), Bastante (vale 3</p>		
--	--	--	--	---	--	--

				<p>puntos) y Mucho (vale 4 puntos). La escala de depresión como rasgo permite identificar a los pacientes que tienen propensión a sufrir estados depresivos y también ofrece información sobre la estabilidad de los síntomas depresivos. Consta de 22 ítems que también adquieren valores</p>		
--	--	--	--	--	--	--

				<p>de 1 a 4 puntos y las opciones de respuesta son: Casi nunca (que vale 1 punto), Algunas Veces (vale 2 puntos), frecuentemente (3 puntos) y casi siempre (4 puntos). Los valores oscilan entre 20 y 80 puntos para la escala estado y 20 y 88 puntos para la escala rasgo.</p>		
--	--	--	--	--	--	--

Cronograma:

Actividades/ Periodo 2017	ABRIL					MAYO					JUNIO					JULIO					AGOSTO					SEPTIEMBRE					OCTUBRE				NOVIEMBRE					
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	5	
Busqueda de información para determinar la problemática a investigar	X	X	X	X																																				
Problematización del tema investigado					X	X	X	X	X																															
Elaboración de los objetivos de la investigación										X	X	X	X																											
Elaboración de la justificación y operacionalización de variables													X	X	X	X																								
Busqueda de instrumentos y elaboración de metodología																	X	X	X	X																				
Presentación del anteproyecto para la aprobación del tema de tesis a investigar																			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X												
Presentación del proyecto de tesis para que se emita el informe de estructura y coherencia																																		X	X	X	X	X		

Actividades / Período 2017-2018	DICIEMBRE					ENERO					FEBRERO				MARZO					ABRIL				MAYO					JUNIO					
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Corrección de los errores planteados en el informe de estructura y coherencia del proyecto de tesis	X	X	X	X	X																													
Solicitud de director del proyecto de tesis						X	X	X	X	X																								
Recogida de datos a través de la aplicación de reactivos a la población seleccionada											X	X	X	X																				
Análisis e interpretación de resultados, elaboración de marco teórico															X	X	X																	
Elaboración de informe del proyecto de tesis																	X	X																
Corrección de la modificaciones del informe del proyecto de tesis																				X	X	X	X		X	X	X	X	X					
Solicitud del tribunal de grado para la sustentación privada																															X	X	X	X
Disertación pública y graduación																																		X