



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
“PEDRO RUIZ GALLO”**

**FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICO  
SOCIALES Y EDUCACIÓN**



**ESCUELA DE POSGRADO  
UNIDAD DE MAESTRIA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**

PROPUESTA DE UN PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL  
PARA SUPERAR LA DEPRESIÓN EN PACIENTES CON  
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN UNA CLINICA DE  
CHICLAYO, 2016

**TESIS**

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN  
PSICOLOGÍA CON MENCIÓN EN PSICOLOGÍA CLINICA

**AUTOR**

**Bach. CÉSPEDES CHUZÓN CATHERINE IVON**

**ASESOR**

**Mg. GUSTAVO TORO REQUE RUBÉN**

**LAMBAYEQUE – PERU  
2019**

PROPUESTA DE UN PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA  
SUPERAR LA DEPRESIÓN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL  
CRÓNICA EN UNA CLÍNICA DE CHICLAYO, 2016

---

**Bach. Catherine Ivon Céspedes Chuzón**

**AUTORA**

---

**Mg. Rubén Gustavo Toro Reque**

**ASESOR**

Presentada a la Unidad de Posgrado de Ciencias Histórico Sociales y Educación de la FACHSE de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Para optar el Grado de MAESTRA EN PSICOLOGÍA CON MENCIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA.

**APROBADO POR:**

---

Dr. Jorge Castro Kikuchi

**PRESIDENTE**

---

Dr. Manuel Bances Acosta

**SECRETARIO**

---

Dra. Miriam Valladolid Montenegro

**VOCAL**

**Febrero 2019**

## **DEDICATORIA**

A Dios por darme la oportunidad de vivir y la fortaleza para continuar con mis objetivos.

A mis Padres los grandes pilares de mi vida que han sido clave en mi vida profesional, por el valioso apoyo en todo momento y motivación de seguir adelante.

Finalmente a mi querida Universidad por facilitarme conocer la ciencia y el método científico.

**Céspedes Chuzón Catherine Ivon**

## **AGRADECIMIENTO**

A la plana docente que me acompañó a lo largo de mi carrera y me brindaron sus conocimientos para el enriquecimiento de mi trabajo.

Así mismo a mi asesor Rubén Gustavo Toro Reque por sus aportes y sugerencias respecto a la investigación.

A una persona que me brindó sus conocimientos, apoyo, dedicación, paciencia y valiosa amistad.  
Chinchay Morales Jans Berny.

**Céspedes Chuzón Catherine Ivon**

## ÍNDICE

|  |           |
|--|-----------|
| DEDICATORIA  | iii       |
| AGRADECIMIENTO   | iv        |
| RESUMEN  | vi        |
| ABSTRACT   | vii       |
| INTRODUCCIÓN   | viii      |
| <b>CAPÍTULO I ANALISIS DEL OBJETO DE ESTUDIO</b>                                     | <b>10</b> |
| 1.1. Ubicación   | 10        |
| 1.2. Como surge el problema  | 10        |
| 1.3. Como se manifiesta el problema y que características tiene                      | 17        |
| 1.4. Descripción detallada de la metodología empleada                                | 18        |
| <b>CAPÍTULO II MARCO TEORICO</b>   | <b>25</b> |
| 2.1. Antecedentes de investigación   | 25        |
| 2.2. Fundamentación científica del modelo teórico                                    | 26        |
| 2.3. Presentación del modelo teórico   | 26        |
| <b>CAPITULO III RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN</b>                                   | <b>39</b> |
| 3.1. Análisis y discusión de los resultados o de los instrumentos utilizados         | 39        |
| 3.2. Etapa de significación práctica   | 50        |
| 3.2.1. Presentación de la propuesta fundamentada en la solución teórica desarrollada | 50        |
| 3.2.2. Elaborar las recomendaciones metodológicas para la aplicación de la propuesta | 57        |
| 3.2.3. Validación de la propuesta realizada  | 86        |
| <b>CONCLUSIONES</b>  | <b>87</b> |
| <b>RECOMENDACIONES</b>   | <b>88</b> |
| <b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS O BIBLIOGRAFIA GENERAL</b>                             | <b>89</b> |
| <b>ANEXOS, APÉNDICES</b>   | <b>94</b> |

## RESUMEN

La investigación, tuvo como objetivo determinar los niveles de la Depresión y proponer un programa cognitivo conductual en Pacientes con insuficiencia renal crónica atendidos en una Clínica de Chiclayo 2016. Se utilizó el diseño no experimental, de tipo descriptivo propositivo. La población muestral estuvo conformada por 200 pacientes de ambos sexos, entre 20 y 75 años de edad. Se utilizó el cuestionario: Test de Depresión-Beck (1961). Se utilizó la estadística descriptiva. Los datos se analizaron el Software Estadístico SPSS versión 23. Se concluyó que el 29% de los pacientes diagnosticados de insuficiencia renal crónica se ubican en un nivel de depresión grave, seguida del nivel no depresión y finalmente cierto porcentaje se ubica en un nivel moderado. En Lo referente al área afectiva un 28%, área cognitiva 31%, área conductual 33%, lograron un nivel de depresión grave, en cuanto al área motivacional un 42% se ubica en un nivel moderado; finalmente en el área física se alcanzó un 39% correspondiente al nivel no depresión.

***Palabras clave:*** *Pacientes, insuficiencia renal y depresión*

## **ABSTRACT**

The objective of the research was to determine the levels of Depression and to propose a cognitive behavioral program in patients with chronic renal failure treated at a Clinic of Chiclayo 2016. The non-experimental, descriptive, propositive design was used. The sample population consisted of 200 patients of both sexes, between 20 and 75 years of age. To collect the data, the questionnaire was used: Depression-Beck test (1961). It used the descriptive statistic. The data was analyzed by the SPSS Statistical Software version 23. It was concluded that 29% of the patients diagnosed with chronic renal failure are located in a level of severe depression, followed by the non-depression level and finally a certain percentage is at a moderate level. Regarding the affective area 28%, cognitive area 31%, behavioral area 33%, achieved a level of severe depression, in the motivational area 42% is located at a moderate level; finally, in the physical area, 39% corresponding to the non-depression level was reached.

**Key words:** *Patients, renal failure and depression*

## INTRODUCCIÓN

En la psicología clínica y de la salud existe grandes teorías entre las que destaca la teoría cognitiva conductual basado en Aaron Beck, como uno de los máximos representantes. Por otro lado, existen diversos autores que definen la insuficiencia renal, como Páez, Brenner, Coe, Rector y Gutiérrez. La necesidad de realizar un estudio sobre Depresión en la insuficiencia renal crónica en pacientes de una Clínica de Chiclayo es inmediata por las diversas situaciones problemáticas que se evidencian, entre estas, el desinterés de los familiares, abandono emocional, así como malestares físicos que se van presentando durante su tratamiento, acompañados de temores, ansiedad, estrés, tensión por el mismo entorno y a la vez la necesidad de conocer la existencia de los niveles de depresión en ellos para poder realizar estrategias para salvaguardar su bienestar emocional.

El objetivo de la investigación fue determinar los niveles de la Depresión en pacientes con Insuficiencia Renal en una Clínica de Chiclayo, 2016. Así también a partir de los hallazgos se propuso un programa cognitivo conductual para que los pacientes superen la depresión.

El presente estudio se dividió en los capítulos que se detallan a continuación: En el Capítulo I de análisis del objeto de estudio, se plasmó las características demográficas del lugar a investigar, a su vez, la manifestación y como es que surgió la problemática en esta población, detallando las distintas realidades que se dan en el mundo, a nivel nacional y local referido a los criterios de inclusión de este estudio, es decir que la información que se plasma es referida a lo que se pretendió lograr, la cual fue importante para el sustento de la problemática. Este capítulo concluye con el desarrollo de la metodología empleada, diseño y tipo de estudio, población muestral, criterios éticos y de inclusión; el plan de análisis de datos que se siguió para la realización de este estudio, basado en los postulados teóricos del autor (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Se detalla el instrumento de medición y de recolección de



datos, el cual fue validado y baremado a la población y se finalizó con la confiabilidad.

En lo referente al Capítulo II, marco teórico, se presentan los estudios y hallazgos previos referidos a la variable estudiada de esta investigación, mencionados estudios se plasman desde un contexto internacional, luego nacional y culminando a nivel local. Seguidamente la variable en cuestión es definida por diversos autores que respaldan y que plantean sus propias teorías, con el objetivo de dar explicación a lo investigado, a su vez se presentan los sustentos, postulados y perspectivas teóricas del autor que respalda la variable y también la autoría de otros investigadores que ayudan a dar valor empírico a las explicaciones que se pretenden mostrar.

Finalmente en el Capítulo III, se evidencian los resultados de esta investigación, donde se muestra un análisis general y específico de los hallazgos, mediante la presentación de tablas y gráficos tipo APA, así también se muestran las medidas de tendencia central, se discuten los hallazgos y se comparan y contrastan con estudios previos y con marco teórico .

## **CAP. I. ANALISIS DE OBJETO DE ESTUDIO**

### **1.2. Ubicación**

La investigación se desarrolla en el Centro de diálisis María Auxiliadora e Instituto del riñón, ubicados en la ciudad de Chiclayo, cuyo fundador el Nefrólogo Abelardo González Duarte.

Este consorcio Nefrológico de Chiclayo, ya es parte de la historia del Departamento de Lambayeque y por ende los centros de salud especializados en enfermedades del riñón, líder en la región norteña, preferido por los pacientes por la confiabilidad, ética y calidez humana.

La historia del Centro de diálisis María Auxiliadora se remonta el 19 de agosto de 1998 y el Centro de Diálisis Instituto del riñón se inicia el 18 de Julio del 2004, fechas hasta la que coexistieron en este departamento, con sede en Chiclayo.

Esta entidad brinda servicios especializados de tratamiento dialítico (Hemodiálisis y Diálisis peritoneal), evaluación clínica especializada, estudios de diagnósticos, análisis de laboratorio, consultas nefrológicas, contando con tecnología de última generación y personal de Salud altamente calificado tales como: Médicos especializados en Nefrología, Enfermeras, Técnicas enfermería, Técnicos de Máquinas y la asesoría especializada en psicología, nutrición y asistente social, distinguiéndose por brindar un trato personalizado, transmitiendo los valores éticos.

Los especialistas en Nefrología han completado su formación en centros de índole internacional como España, Cuba y Brasil, cumpliendo con ética, eficiencia y responsabilidad en las funciones encomendadas.

### **1.2. Como surge el problema**

En la actualidad se presenta con frecuencia diversos problemas psicológicos, al padecer una enfermedad crónica, tal como la insuficiencia renal que representa uno de los principales problemas de salud, dicha situación hace a la persona vulnerable de sufrir diferentes fenómenos psicológicos, tales como la depresión, al presentar situaciones estresantes, lo que conlleva a un deterioro de la propia

imagen, relaciones personales y altera la calidad de vida. Ciertas situaciones que aquejan y afectan actualmente la vida de los pacientes con insuficiencia renal, debido a la disminución de la sensación de control personal, ya que estas personas se encuentran sujetas a una serie de procedimientos invasivos, dependen de una máquina y de la posibilidad de un trasplante para sobrevivir. Es por ello que se considera que la depresión es una de las alteraciones psíquicas que afecta a los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Levenson & Glocheski 1991; citado por Atencio y otros (2004).

Kaplan, Sadock y Grebb (1996; citado por Atencio y otros 2004) definen que la depresión es un trastorno del estado de ánimo en el cual hay humor deprimido con pérdida de energía e interés, sentimientos de culpa, dificultades de concentración, pérdida de apetito y pensamientos de muerte o suicidio. Otros signos y síntomas incluyen cambios en la actividad, funciones cognitivas, lenguaje y funciones vegetativas, que repercuten en el funcionamiento laboral, social e interpersonal.

Por otro lado la Organización Mundial de la Salud (2003) constató que la depresión es un problema de salud mental creciente en el mundo, destacándose como la cuarta causa de morbilidad a nivel mundial, se estima que a futuro una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo. Además según estimaciones hecha por la Organización Mundial de la Salud, mostraron que 152 millones de personas en el mundo sufren alteraciones del estado de ánimo y la carga que representa esta enfermedad. Se estima que para el año 2020, ocuparán el segundo lugar en la carga global de enfermedades.

Guzmán (2003), refiere que los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica se encuentran más vulnerables a experimentar desórdenes depresivos, al parecer las evaluaciones y creencias negativas sobre la Insuficiencia Renal Crónica, se asocian a altos niveles de depresión,

mientras que las evaluaciones y creencias positivas se asocian a bajos niveles de depresión. Por su parte, Kim (2002) sostiene que los sentimientos de desesperanza agudizan los niveles de depresión, ya que la falta de una cura definitiva llevaría a la percepción de un futuro incierto y poco prometedor.

Varias investigaciones han identificado que las personas diagnosticadas con Insuficiencia renal crónica presentan una elevada tasa de comorbilidad psiquiátrica, destacándose los desórdenes depresivos como los de mayor impacto negativo en la calidad de vida de estos pacientes (Guzmán & Nicasio, 2003; Martorelli y Mustaca, 2004; Zeidel y Arnold, 2003).

Según el Estudio Global de Carga de Enfermedad, realizado con datos del año 2004, mostró una prevalencia mundial de depresión de 151,2 millones de personas. Las mayores prevalencias se encontraron en el Sudeste Asiático y en el Pacífico Occidental. La depresión ocupaba el tercer lugar entre las condiciones que producen discapacidad moderada a severa, con una prevalencia mayor en personas entre 30 y 59 años de los países con ingresos bajos y medios (Suárez, 2004)

Asimismo en la Universidad de Granada en España, constata que la depresión puede presentarse cuando se viven situaciones que generan un alto grado de estrés, un entorno que se suele dar de manera constante en un hemodializado. Se analizó las alteraciones psicopatológicas más prevalentes en un total de 88 pacientes de una unidad de diálisis hospitalaria, encontrando que las principales psicopatologías diagnosticadas en los dializados habían sido los trastornos cognitivos y depresivos en un 36% (Castellón, Cerezo, Herrera, Rubio y Villaverde, 2007).

De igual manera en España, se evaluaron 58 pacientes, con una edad promedio de 65 años. El 52% eran mujeres y 71% de los pacientes estaban casados. En cuanto a la depresión, 43% obtuvieron una puntuación que refleja la existencia de sintomatología depresiva en niveles moderada y severa relevante en pacientes con tratamiento de hemodiálisis (Álvarez, 2008)

La presente investigación realizada en Madrid, tuvo como objetivo estudiar las diferencias entre 158 hombres y mujeres con tratamiento de hemodiálisis según algunas variables, evidenció, desde el punto de vista de la variable emocional, un aumento en las mujeres respecto a los hombres, en los puntajes de las escalas que median síntomas de ansiedad y depresión (Vázquez, Valderrabano, Jofre López y Moreno, 2006).

Por otra parte en Estados Unidos, Carrero (2010) demostró que un 53% de los pacientes renales manifestaron tener síntomas depresivos leves tanto en los varones como en las féminas entre las edades de 21 a 80 años, es por ello que el Doctor Milton menciona que es una etapa donde estos ameritan terapias cognitivas conductuales guiada por un Psicólogo clínico. Además se encontró que mientras menos tiempo llevaba el paciente en el tratamiento de hemodiálisis, más marcada estaba la depresión en la población renal de estudio, en donde las féminas presentaron más los síntomas de la depresión.

Las investigaciones realizadas por Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (2013), la depresión aumenta considerablemente la utilización de los recursos para la salud y por ende, los costos. Un amplio estudio internacional, prospectivo y de observación que abarcó 5 256 pacientes dializados, la depresión aumentó significativamente el riesgo de una primera internación, después de considerar, la edad, la duración

de la diálisis, la etnia, el nivel socioeconómico, las enfermedades intercurrentes y el país de origen (Bautovich, Katz, Harvey, 2013)

De igual manera en México, hallar los diferentes trastornos afectivos en los pacientes sometidos a un tratamiento dialítico se toma en cuenta factores que influyen como, el nivel socioeconómico, a su vez en un estudio realizado a 123 personas, 78 recibían tratamiento con hemodiálisis y 45 con diálisis peritoneal continua ambulatoria, se consiguió una relación directa entre la presencia de depresión y el nivel socioeconómico. Por otro lado en el Estado Carabobo, se realizó una investigación sobre los factores psicológicos que afectan a los pacientes que reciben diálisis peritoneal y hemodiálisis del hospital de la ciudad de Valencia, se trató de un estudio descriptivo, la población estuvo constituida por 90 pacientes, mientras que la muestra la conformaron 60 pacientes. Los resultados que se obtuvieron fueron que el 40% de los encuestados tenían depresión leve con respecto a la enfermedad, mientras que el 41% manifestaron que eran apoyados por sus familiares desde los inicio de su enfermedad y acompañados durante la diálisis. (Suarez & Rodríguez, 2009).

En Brasil (2012), un estudio en la población; se encontró prevalencia de vida para “estados depresivos”, incluyendo depresión mayor entre 8% para hombres y 19% en mujeres. El impacto de la depresión sobre los pacientes con insuficiencia renal representa 17% del total de la población afectada por problemas mentales, seguido de las lesiones autoinflingidas con 16% y 16% corresponde a otros padecimientos (Díaz y Gonzáles 2012).

Por consiguiente en un estudio en Argentina que buscaba investigar los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, analizó a 30 pacientes (50% mujeres y 50% hombres) con una edad de 53 años. El 57% de la

muestra manifestó algún grado de depresión, 3% presentó depresión leve, 17% depresión moderada y 37% depresión grave. Con respecto a la ansiedad 17% de los pacientes presentó niveles bajos de ansiedad y 3% ansiedad alta (Páezet, 2009).

En Chile, Aguilera (2007), con el propósito de determinar la prevalencia de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (IRC) en tratamiento de hemodiálisis, se evaluaron a 20 pacientes, con edades de 63 a 78 años. El 50% de los pacientes tenían algún grado de depresión moderada, donde la mayoría de las personas con pareja estable, tienden a presentar depresión entre ellos. Así también, se calcula que entre el 5% y 12% de los hombres presenta algún trastorno depresivo mayor a lo largo de su vida, mientras que en las mujeres esta cifra se duplica alcanzando el 25%. Éste es el caso de pacientes que padecen de Insuficiencia Renal Crónica con tratamiento de Hemodiálisis, sometidos a diferentes situaciones estresantes que pueden llegar a nuevos casos de depresión. En consecuencia, este fenómeno se considera un factor de riesgo para la salud y se presenta con gran magnitud en la población Chilena, con pacientes de hemodiálisis (Solís y Moreno 2006)

Según Alid, Merida, Müller, Kirsten & Zúñiga (2006), las investigaciones realizadas en la Universidad Católica de la Santísima Concepción, da a conocer una investigación acerca de depresión en 93 pacientes hemodializados en 60 hombres y 33 mujeres, demostrando que la depresión es una patología prevalente, ya que, el 69,64% obtuvo un puntaje en depresión moderada a severa, con una mayor prevalencia en mujeres.

En Ecuador (2012), refiere que un 41% de los pacientes con insuficiencia renal padece depresión leve, 28% depresión moderada y el 31% depresión grave; siendo este último el de más difícil intervención y

resolución por el nivel de depresión, constituyendo una alta tasa de pacientes con riesgo de intentos autolíticos por frustración frente a la patología de larga evolución por la repercusión psicológica en el paciente debido a la cronicidad del tratamiento (Gutiérrez, 2012)

En el Perú, según investigaciones existe una tasa de prevalencia de pacientes con problemas oncológicos de 167 personas por millón (69%). Los pacientes en hemodiálisis sufren varios problemas emocionales, siendo uno de los más frecuentes la sintomatología depresiva y ansiosa. Elevándose más en pacientes con enfermedad renal crónica, observándose entre 20 y 68%. Además se plantea que la depresión podría estar relacionada con la ideación suicida y pobre calidad de vida de los pacientes, debido a las condiciones que el mismo procedimiento de la diálisis supone como la dependencia permanente a la atención médica, rutinas a sesiones de diálisis, restricciones de determinados alimentos, complicaciones a la disminución de la adherencia al tratamiento. Finalmente, por ello la depresión en estos pacientes va en aumento, mayor al 20 % de la tasa estimada de mortalidad comparada con el promedio de pacientes que no sufren esta patología (Yagui y Vidal 2014)

En la ciudad de Lima, Perú, se realizó una investigación, con el objetivo de determinar la relación de los síntomas depresivos o ansiosos en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis, incluyó a 88 pacientes, la edad promedio fue 55 a 15 años , 54 años (61%) pacientes presentaban síntomas depresivos, 27 años (31%) eran leves, 18 años (21%) moderados y 46 años (52%) pacientes presentaban síntomas ansiosos, 33 años (37%) eran leves, 22 años (14%) moderados y 40 años (3%) severos (García, 2002).

Finalmente estos pacientes suelen presentar diversos grados de alteraciones emocionales, tales como depresión, asociadas a la



sintomatología orgánica, a las limitaciones impuestas por la Insuficiencia Renal Crónica y al tratamiento. La intensidad de las reacciones emocionales varía de un paciente a otro dependiendo de la valoración cognitiva que realice y del impacto de la enfermedad renal sobre sus condiciones de vida; también se relaciona con las habilidades individuales para adaptarse (Páez, Jofre, Azpiroz & Bortoli, 2009).

### **1.3. Como se manifiesta el problema y que características tiene**

Se ha podido observar en nuestra labor asistencial, en la Clínica de diálisis de la ciudad de Chiclayo, la creciente necesidad de los pacientes que sufren insuficiencia renal, la cual el ingreso de un paciente en un tratamiento de diálisis periódicas de cada tres días a la semana, marca un antes y después para adaptarse a una situación nueva, con el temor a lo desconocido, la sensación de dependencia, el sufrimiento por la situación personal y por ver sufrir a quienes tienen cerca. Ciertos sentimientos que sumados al deficiente estado de salud, generan actitudes que llegan a condicionar la evolución de la enfermedad, la cual cada paciente presenta variedad de problemas emocionales, que abarca a todos los grupos de edad, produciendo limitación en su estado funcional. Como consecuencia de esto, suelen presentar diversos grados de alteraciones emocionales haciendo notorio a la depresión, asociadas a la sintomatología orgánica, a las limitaciones impuestas por la Enfermedad Renal Crónica y al tratamiento de hemodiálisis. La intensidad de las reacciones emocionales varía de un paciente a otro dependiendo de la valoración cognitiva que realice del impacto de la enfermedad, sobre sus condiciones de vida , en donde su estado emocional suele verse afectado por el deterioro en las relaciones familiares, maritales, condición laboral, situación económica, estado de salud y aspectos sociales.

Además, experimentan diferentes problemas asociados, entre ellos se encuentran los de carácter físico que son consecuencia directa de la enfermedad como el dolor, los cambios metabólicos, limitaciones

motoras, posibles deterioros cognitivos; complicaciones derivadas de los tratamientos médicos (náuseas, somnolencia, entre otros).

Es por ello que debido a esta problemática se a decidido investigar y proponer un programa Cognitivo conductual, que puedan atenuar los factores estresores a los que se ven sometidos con el fin de minimizar la problemática en mención.

#### **1.4. Descripción detallada de la metodología empleada**

##### **1.4.1. Diseño de investigación**

El diseño corresponde al no experimental, de tipo descriptivo propositivo, busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice, así como los datos se recolectan en un momento y tiempo único. Describe tendencias de un grupo, población, conceptos, categorías o variables en un contexto en particular (Hernández, Fernández & Baptista; 2014).

Propositivo, debido a que busca alternativas de solución a un problema o realidad específica.

**Cuyo esquema es:**

**M – O**

Dónde:

M: Es la muestra

O: Depresión

##### **1.4.2. Población y muestra**

La población estuvo conformada por 200 pacientes que padecen de insuficiencia renal crónica cuyas edades fueron de 20 a 75 años de edad que acudían a su tratamiento de diálisis en una clínica del Riñón del distrito de Chiclayo, departamento de Lambayeque. La

muestra a utilizar está constituida por estos mismos 200, que corresponde al universo muestral (Hernández et al; 2014).

### 1.4.3. Operacionalización

| Variables                 | Indicadores       | Sub Indicadores  | Índices  | Técnicas     |
|---------------------------|-------------------|--|--|--------------|
| V <sub>1</sub> :Depresión | Area Afectiva     | Tristeza<br>Sentimiento de culpa<br>Predisposición para el llanto<br>Irritabilidad                             | 1-10: Estos altibajos son considerados normales.                   | Psicométrica |
|                           | Area Motivacional | Insatisfacción<br>Ideas suicidas   | 11-16: Leve perturbación   |              |
|                           | Area Cognitiva    | Pesimismo<br>Frente al futuro<br>Sensación de Fracaso<br>Expectativa de Castigo<br>Auto disgusto<br>Indecisión | del estado de ánimo.<br>17-20: Estados de depresión intermitentes. |              |
|                           |                   | Auto imagen deformada<br>Preocupaciones Somáticas<br>Auto acusaciones  | 21-30: Depresión moderada.<br>31-40: Depresión grave.              |              |
|                           | Area Conductual   | Alejamiento social<br>Retardo para trabajar<br>Fatigabilidad   | + 40: Depresión extrema.   |              |
|                           | Area Física       | Perdida de sueño<br>Pérdida de apetito<br>Pérdida de peso<br>Perdida del deseo sexual                          |  |              |
|                           |                   |  |  |              |
|                           |                   |  |  |              |
|                           |                   |  |  |              |
|                           |                   |  |  |              |

| Variables   | Indicadores   | Sub<br>Indicadores | Índices | Técnicas    |
|---|---|--------------------|---------|-------------|
| V2: Propuesta<br>de un<br>programa<br>Cognitivo<br>Conductual | Reforzamiento<br>Moldeamiento<br>Role playing<br>Modelamiento |                    |         | Cualitativa |

#### 1.4.4. Materiales, técnicas e instrumentos de recolección

Los materiales para la ejecución de la Investigación: Plumones, cartulinas, cuadernillo, borradores, lapiceros.

Técnica psicométrica, debido a que el instrumento constituye esencialmente una medida objetiva y estandarizada de una muestra de conducta ya que el resultado obtenido en el test es independiente del propio sujeto evaluado y del psicólogo que realiza la evaluación. Tipificada porque se refiere a la uniformidad de los procedimientos en la aplicación y calificación de la prueba (Anastasi & Urbina 1998).

Finalmente en el estudio se utilizará, como instrumento de recolección de datos, el Inventario de Depresión de Beck – II y se realizara una propuesta de intervención en función de los resultados desde un enfoque cognitivo conductual

Descripción del instrumento psicométrico

Inventario de Depresión de Beck – II.

#### Test de Depresión de Beck

##### Ficha técnica

**Objetivo** : Evaluación de síntomas depresivos según criterios DSM-IV

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Autor</b>                    | : Aaron Beck   |
| <b>Población</b>                | : A partir de los 13 años en adelante.                 |
| <b>Normas</b>                   | : Puntuación de corte según severidad de la depresión. |
| <b>Tipos de administración</b>  | : Individual, colectiva y autoadministrable.           |
| <b>Tiempo de administración</b> | : 10 a 15 minutos aproximado.                          |
| <b>Ámbitos de aplicación</b>    | : Clínico, Forense e investigación aplicada.           |

#### **Descripción del instrumento**

El inventario está conformado por 21 categorías de síntomas o actitudes, cada una de ellas es una manifestación, en algunas categorías existen dos alternativas de respuestas y se les divide en a y b para indicar que se encuentra en el mismo nivel, cada ítem presentada una puntuación que va desde cero (0) a tres (3).

En el caso de que el paciente exprese que hay dos o más enunciados que concuerden con su estado de ánimo, se registrará el valor más alto, y si el paciente se siente que está entre dos enunciados, estando más en dos que en tres, se registrará entonces el valor dos por estar más cercano.

**Validez**, en la revisión de la Validez del Inventario de Depresión Beck, se empezó tratando brevemente u estudio experimental antes de pasar a otros métodos. En el año de 1977, Beck, Kovaes & Hollan, estudiaron a cuarenta y cuatro pacientes externos que acudieron a consulta por propia iniciativa y satisfacción de criterios establecidos para el diagnóstico de Neurosis Depresiva (DSM III), estos pacientes presentan una depresión de moderada a intensa, (según el inventario de Beck).

El grupo se dividió en dos partes: El primer grupo conformado por dieciocho pacientes asignados a la terapia cognitiva y el segundo por veinticuatro pacientes asignados a terapia farmacológica, finalizado el tratamiento, ambos grupos mostraron una reducción significativa de la sintomatología depresiva.

Con respecto a la correlación con otras pruebas, en el Perú Novara, Sotillo & Wharton (1985, citado por Pimentel, 1996), realizaron un estudio en una muestra de ciento setenta y ocho pacientes con diagnóstico de depresión, utilizando la escalas de Zung, & Hamilton y el inventario de Beck; utilizaron un grupo control de cuarenta y nueve pacientes correlacionaron entre sí a las tres pruebas, la correlación entre Beck y la escala de Hamilton fue de 0.72 y la de Beck con la escala de Zung fue de 0.76; coeficientes altamente significativos.

En el Hospital Militar Central se llevó a cabo un estudio de correlación entre ambas escalas de Beck y Zung en una muestra de quince pacientes con diagnóstico de depresión, encontrando una correlación entre ambas escalas de 0.78. La correlación de Beck con el diagnóstico psiquiátrico también fue realizado por Novara, Sotillo y Wharton (1985. Citado por Pimentel, 1996), hallando una correlación de 0.75. Los resultados de los estudios citados permiten decir que el inventario de Beck tiene una validez satisfactoria y es útil para los propósitos para lo que fue elaborada.

Confiabilidad, las estimaciones de la confiabilidad están en relación al respecto que se asume como causante de error de medición, es por ello que encontramos los siguientes tipos de confiabilidad.

- a. Estabilidad y Consistencia de los puntajes a través del tiempo.
- b. Equivalencia. Consistencia en los puntajes en dos formas equivalentes de la prueba.

c. Consistencia interna evalúa el grado en que los ítems de un test están relacionados con el puntaje total Brown (1980, citado por Pimentel, 1996), esta última forma se caracteriza por ser obtenido a través de una sola aplicación de la prueba calculada con las técnicas de separación por mitades (Holt Split Method), o estimaciones de homogeneidad (formulas: Kuder, Richardson o Coeficiente Alfa de Cronbach).

Por otra parte, se llevó a cabo un estudio de Confiabilidad en el Hospital Militar Central, que si bien es hecho en una muestra pequeña y que no permite una generalización, si nos arroja luces sobre la confiabilidad de este instrumento, se administró el Inventario de Beck en quince pacientes con diagnóstico depresivo y luego se realizó un retest con un intervalo de una semana, obteniendo un coeficiente de 0.80. Así mismo con los datos de la primera administración se calculó la consistencia interna con el coeficiente Alfa de Cronbach, obteniendo un coeficiente de 0.81.

Los resultados glosados posibilitan decir que el Inventario de Beck tiene una Confiabilidad bastante aceptable.

#### **1.4.5. Métodos y procedimientos para la recolección de datos**

##### **Método**

Se utilizará el método cuantitativo, cuyo proceso es secuencial, deductivo y probatorio, con base en la medición numérica y el análisis estadístico descriptivo, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías (Hernández et al; 2014).

Para el procedimiento de recolección de datos se realizará:

En un primer momento se delimitó la idea a investigar, basada en la realidad problemática en una clínica del riñon del distrito de Chiclayo, obteniendo un diagnóstico situacional, mediante la observación, eligiendo como variable de estudio, la depresión, así como realizar una propuesta en base a los resultados de esta problemática.

En segundo momento se efectuó la revisión y búsqueda bibliográfica de las variables elegidas, para construir el marco teórico y otorgar respaldo empírico y conceptual al estudio.

En tercer momento se gestionó la autorización, mediante documentos formales a las autoridades de la clínica del riñon, las mismas que brindarán facilidades para ejecutar el estudio.

En cuarto momento se adquirió el instrumento psicométrico, siendo este el Inventario de Depresión de Beck - II (1974)

En quinto momento se contará con las condiciones ambientales favorables, así como se brindará la información respectiva a los participantes para obtener el consentimiento informado, rescatando la sinceridad, motivación y compromiso para minimizar el margen de error.

Posteriormente se aplicará el consentimiento informado y el instrumento psicométrico para la recolección de datos; y finalmente los resultados se codificarán a una matriz para su respectivo análisis estadístico.

Por último, en función a los resultados obtenidos en el estudio, se elaborara una propuesta basada en un programa desde el enfoque cognitivo conductual como aporte de intervención psicológica para la disminución de la problemática hallada.

#### **1.4.6. Análisis estadísticos de los datos**

Se utilizó la estadística descriptiva tales como: la distribución de frecuencias, normas percentilares, la media, desviación estándar y moda. No obstante las tablas descriptivas unidimensionales y de porcentajes se acompañarán de gráficos de acuerdo a las normas



Apa (2010). El análisis estadístico se realizó mediante los programas: Microsoft office Excel 2013 y el software estadístico SPSS versión 23.

## **CAP. II. MARCO TEORICO**

### **2.1. Antecedentes de investigación**

Se han realizado múltiples estudios acerca de la influencia que tienen las enfermedades crónicas como la Insuficiencia Renal Crónica en el ámbito psicológico de los pacientes y el impacto de estas en la vida de los mismos. Se detalla los siguientes.

#### **Internacional**

Álvarez y Vásquez (2011), en su investigación Relación entre los niveles de ansiedad y depresión en pacientes en tratamiento de hemodiálisis en México. La muestra estuvo conformada por 133 participantes, cuyas edades oscilaron entre 30 a 65 años de edad. Para la recolección de datos se utilizó los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck (BDI). Los principales resultados evidencian que durante el proceso de tratamiento, se identificó menores niveles de ansiedad y un mayor nivel de prevalencia en cuanto a la depresión, debido a las diversas situaciones estresantes.

Páez (2008) en su investigación ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de Diálisis. Se utilizó como instrumentos de recolección de datos una entrevista semiestructurada, el Inventario de Depresión de Beck y el de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger, donde el 57% de los participantes manifestó algún grado de depresión. Los niveles de ansiedad se correlacionaron positivamente con los de depresión, a su vez, la ansiedad fue mayor en los pacientes renales crónicos de más edad y durante los primeros meses de Hemodiálisis, finalmente el grado de depresión fue mayor en los pacientes sin actividad laboral y de edad superior.

Segura y Moroño (2014) Realizó un estudio de la evaluación del estado de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos. La muestra estuvo conformada por 180 pacientes. Para la recolección de datos se utilizaron las escalas de depresión y ansiedad de Goldberg. Los principales resultados evidencian que el nivel de depresión es elevado en los pacientes oncológicos sometidos a tratamiento y algo inferior en el caso de la ansiedad.

### **Local**

Mora (2007) en su investigación niveles de depresión entre los pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente las Mercedes y de la Clínica oncológica de la Ciudad de Chiclayo. Para la recolección de datos, se empleó el Inventario de Depresión de Aaron Beck. Los principales resultados concluyen que la mayor diferencia se da en el nivel de depresión grave en las edades de 25-59; mientras que en el Hospital Regional Docente Las Mercedes hay un 49%, y en la Clínica Unidad Oncológica hay un 35% de este nivel de depresión grave.

## **2.2. Fundamentación científica del modelo teórico**

### **2.3. Presentación del modelo teórico**

#### **2.3.1. Depresión**

##### **a. Definición**

Es un trastorno psicológico que supone importantes cambios en la manera de pensar, de sentir y de comportarse, más evidente conforme aumenta su grado (Beck, 2001).

La depresión es un trastorno del estado de ánimo en el cual hay humor deprimido con pérdida de energía e interés, sentimientos de culpa, dificultades de concentración, pérdida de apetito y pensamientos de muerte o suicidio. Otros signos y síntomas incluyen cambios en la actividad, funciones cognitivas, lenguaje y funciones

vegetativas, que repercuten en el funcionamiento laboral, social e interpersonal. (Kaplan HI, Sadock BJ y Grebb JA. 1996)

La depresión en general es un estado de ánimo que se caracteriza por anhedonia, que es la incapacidad de disfrutar y de interesarse por las cosas, una disminución de la vitalidad, cansancio exagerado que aparece luego de realizar un esfuerzo mínimo, casi todos los días, durante dos semanas o más. Ginebra (1992, citado por Espinosa, Caraveo, Zamora, Arronte, Krug, Olivares, Reyes, Tapia, García, Doubova y Peña, 2007)

Rojas (2006), refiere que las depresiones son un conjunto de enfermedades psíquicas hereditarias o adquiridas, con una sintomatología determinada, a la que se asocian cambios de tipo somático, psicológico, conductual, cognitivo y asertivo.

Antonini (2005), considera la depresión como un trastorno afectivo que varía desde bajas transitoria del estado de ánimo que son características de la vida misma hasta el síndrome clínico de gravedad y duración con signos y síntomas asociados notoriamente distintos a la normalidad.

#### **b. Características de una persona deprimida.**

Aaron Beck, menciona que las personas deprimidas muestran modalidades de pensamientos negativos en tres áreas:

Primera, ven el mundo y las experiencias de la vida negativamente. La vida es considerada como una sucesión de cargas, obstáculos y fracasos en un mundo que se hecha todo a perder.

Segunda, muchas personas deprimidas tienen un concepto negativo de sí mismas. Se sienten deficientes, inadecuadas, de ningún valor e incapaces de conducirse adecuadamente. Esto a su vez lleva a culparse a sí mismas por lo que pasa y atenerse lástima.

Tercera, estas personas ven al futuro de una manera negativa. Al mirar hacia delante vislumbran continuas dificultades, frustraciones y desesperación (Beck, 2000)

#### **c. Predisposición y desencadenamiento de la depresión**

El modelo cognitivo ofrece una hipótesis acerca de la predisposición y la aparición de la depresión. En pocas palabras, la teoría propone que algunas experiencias tempranas proporcionan la base para formar conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo. Estos conceptos negativos (esquemas) pueden permanecer latentes y ser activos por determinadas circunstancias, análogas a las experiencias inicialmente responsables de la formación de las actitudes negativas.

Por ejemplo, la ruptura matrimonial puede activar el concepto de pérdida irreversible asociado con la muerte de uno de los padres acaecida durante la infancia del individuo. En otro orden de cosas, la depresión puede ser desencadenada por una anomalía o una enfermedad física que activa la creencia latente en una persona de que está destinada a una vida de sufrimiento. Las situaciones desagradables de la vida, incluso las extremadamente adversas no conducen necesariamente a una depresión, a no ser que la persona esté especialmente sensibilizada hacia un tipo concreto de situación, debido a la naturaleza de su organización cognitiva. Kirschman, D. (2001).

#### **d. Síntomas de la Depresión**

Síntomas afectivos

Tristeza

Apatía

Perdida de sentimientos, de afecto hacia otras personas.

Ansiedad.

#### Síntomas Motivacionales

Deseo de escapar.

Deseo de evitar problemas.

Deseo de evitar las actividades cotidianas.

#### Síntomas Fisiológico - vegetativos

Alteraciones del sueño o del apetito.

#### Síntomas Conductuales

Pasividad

Evitación, huida del contacto con otras personas.

Lentitud o agitación.

#### Síntomas Cognitivo

Dificultad en concentrarse.

Problemas de atención y memoria.

Alteraciones cognitivas en la forma (distorsiones ) y contenido (triada cognitiva).

Los síntomas depresivos son consecuencia de la visión negativamente distorsionada de sí, del mundo y del futuro.

#### **e. Causas Psicológicas de la Depresión**

Las personas se deprimen cuando su lógica es incorrecta. Es decir, cuando distorsionan la realidad de un modo que les hace sentir que la vida es desesperante. Sacan conclusiones ilógicas de los acontecimientos y circunstancias, y su visión de sí mismos, el mundo y el futuro es negativa.

Según Beck, cuando los niños y adolescentes padecen constantes tragedias, rechazos sociales, criticas o actitudes negativas de los padres, aprenden a describir y organizar su vida negativamente.

Este esquema negativo se activa en la edad adulta, en situaciones que reproducen aquellas en las que aprendieron el esquema. Beck cree que la depresión puede desarrollarse a causa de estos esquemas negativos o errores lógicos. Existen varias maneras en que una persona puede malinterpretar acontecimientos:

El modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión:

La tríada cognitiva

Consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático.

El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. El paciente se ve desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral, o físico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que, a causa de estos defectos, es un inútil, carece de valor. Tiende a subestimarse a criticarse a sí mismo en base a sus defectos. Por último, piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y felicidad.

El segundo componente de la tríada cognitiva se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno, animado

o inanimado, en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa cómo construye el paciente las situaciones en una dirección negativa, aun cuando pudieran hacerse interpretaciones alternativas más plausibles. La persona depresiva puede darse cuenta de que sus interpretaciones negativas iniciales estaban desviadas si se le anima a reflexionar sobre otras explicaciones alternativas menos negativas. En este sentido, puede llegar a darse cuenta de que estaba tergiversando los hechos para que se ajustasen a las conclusiones negativas que se había formado de antemano.

El tercer componente de la tríada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro. Cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente. Espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso.

### Los esquemas

Este concepto se utiliza para explicar por qué mantiene el paciente depresivo actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes, incluso en contra de la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida.

Cualquier situación está compuesta por un amplio conjunto de estímulos. El individuo atiende selectivamente a estímulos específicos, los combina y conceptualiza la situación. Aunque personas diferentes pueden conceptualizar la misma situación de maneras diferentes, una persona determinada tiende a ser consistente en sus respuestas a tipos de fenómenos similares. Ciertos patrones cognitivos relativamente estables constituyen la

base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones.

El término “esquema” designa estos patrones cognitivos estables. Cuando una persona se enfrenta a una circunstancia. El esquema es la base para transformar los datos en cogniciones (definidas como cualquier idea con un contenido verbal o gráfico). Así, un esquema constituye la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo. Este categoriza y evalúa sus experiencias por medio de una matriz de esquemas.

Los tipos de esquemas empleados determinan el modo como un individuo estructurará distintas experiencias. Un esquema puede permanecer inactivo durante largos períodos de tiempo y ser activado por inputs ambientales específicos (por ejemplo, situaciones generadoras de ansiedad). Estos esquemas activados en una situación específica determinan directamente la manera de responder de la persona.

En las depresiones más leves, el paciente generalmente es capaz de contemplar sus pensamientos negativos con una cierta objetividad. A medida que la depresión se agrava, su pensamiento está cada vez más dominado por ideas negativas, aunque pueda no existir conexión lógica entre las situaciones reales y sus interpretaciones negativas.

Los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información).

Los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria (Beck, 1967).



1. Inferencia arbitraria (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.
2. Abstracción selectiva (relativo al estímulo): consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.
3. Generalización excesiva (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.
4. Maximización y minimización (relativo a la respuesta): quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento; errores de tal calibre que constituyen una distorsión.
5. Personalización (relativo a la respuesta) Se refiere a la tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.
6. Pensamiento absolutista, dicotómico (relativo a la respuesta): Se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas; por ejemplo, impecable o sucio, santo o pecador. Para describirse a sí mismo, el paciente selecciona las categorías del extremo negativo. Beck, A. (2000).

#### **f. Factores de la Depresión**

##### **Factor Psicológico**

Se trata de un problema psicológico, caracterizado por un sentimiento de malestar afectivo, porque es la persona quien la sufre.

El impacto psicológico que genera una enfermedad crónica en el ciclo vital de los pacientes, y en cierto modo, en el propio curso de la enfermedad, estará relacionado con el tipo de estrategias de afrontamiento ante los miedos, las preocupaciones, los recuerdos negativos, los pensamientos y las sensaciones ante el tratamiento y en relación al futuro.

La causa de los cambios psicológicos viene dada desde el primer momento en que el paciente tiene que asumir y aceptar su enfermedad crónica, la cual es causa de desequilibrio emocional. Éste, tiene que enfrentarse al temor a la muerte, al miedo a una posible intervención en caso de trasplante, a la dependencia constante de una máquina, a la pérdida del trabajo y del rol social, a la invalidez permanente, a los problemas económicos, a los conflictos con la pareja y a nivel familiar etc. Todo esto conlleva a la aparición de ansiedad, depresión y otras reacciones psicósomáticas que se sobreañaden a la enfermedad orgánica.

La intervención psicológica en el comportamiento del paciente con una enfermedad crónica, a nivel cognitivo, emocional, conductual, social y espiritual, contribuye para un mejor afrontamiento de la enfermedad por parte del paciente, permitiendo una readaptación más rápida, con la finalidad de volver a una nueva faceta de vida igualmente satisfactoria, con la máxima calidad de vida que el curso de la enfermedad lo permita. Sin embargo, ello supone estudios acerca del componente psicológico de estas enfermedades, que deberán trascender del nivel descriptivo al explicativo.

### **Factores personales y sociales**

La prevalencia e incidencia de los trastornos depresivos es mayor en mujeres que en hombres, comenzando en la adolescencia y manteniéndose en la edad adulta. Además, aunque la depresión es una importante causa de discapacidad tanto en hombres como en

mujeres, se ha estimado que la carga de la depresión es 50% más alta en las mujeres que en los hombres.

Las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales y la posible asociación con el consumo de alcohol y tabaco también son factores de riesgo importantes.

Los rasgos neuróticos de la personalidad se asocian con una mayor incidencia de casos y recaídas de depresión mayor y probablemente, aumentan la posibilidad de desarrollar depresión ante los acontecimientos adversos de la vida. También se asocian a otras formas de psicopatología, especialmente con los trastornos de ansiedad. Los trastornos de ansiedad son en general factores de riesgo para el desarrollo del primer episodio de depresión mayor y también la distimia se ha visto como un importante predictor del desarrollo posterior de un cuadro depresivo mayor.

Por otra parte, se ha observado que pacientes, fundamentalmente varones, con antecedentes de ataques de pánico, tienen mayor riesgo de desarrollar depresión mayor. Dicha correlación no se ha encontrado con otros trastornos mentales.

Dentro del papel atribuido a las circunstancias sociales se ha destacado el bajo nivel de recursos económicos y las circunstancias laborales. Las personas en desempleo y baja laboral presentan depresiones con mayor frecuencia.

En un estudio de cohortes prospectivo publicado recientemente se desprende que las personas de los grupos socioeconómicos y ocupacionales más desfavorecidos tienen índices más altos de depresión, indicando que el riesgo de depresión sigue un gradiente socioeconómico, especialmente cuando el trastorno es crónico.

### **Factores cognitivos**

La investigación sobre el papel de los factores cognitivos en la depresión se ha guiado predominantemente por el modelo de Beck, en el que los esquemas negativos, pensamientos automáticos,

distorsiones cognitivas y creencias disfuncionales tienen un papel fundamental en el procesamiento de la información. Estos y otros factores como la reactividad cognitiva hacia los eventos negativos, el estilo rumiativo de respuesta y los sesgos atencionales se consideran claves en el desarrollo y mantenimiento de la depresión.

### **Factor biológico**

La depresión tiene un impacto sobre el sistema inmunológico, por lo cual los pacientes se suelen deprimir. Este aspecto tiene una importancia fundamental en los pacientes con enfermedades médicas, que han sido trasplantados, que tienen algún carcinoma o en los pacientes renales. Pacientes deprimidos que no reciben tratamiento tienen una disminución en el funcionamiento de su inmunidad celular.

Las alteraciones inmunológicas que conlleva la depresión inciden en la susceptibilidad de los pacientes a desarrollar infecciones, neoplasias o alteraciones autoinmunes, y arrojan una luz sobre la importancia de detectar oportunamente y de tratar rápida y enérgicamente a los pacientes deprimidos. Insuficiencia renal Crónica.

### **Factor Antropológico**

La dimensión antropológica de la depresión se caracteriza por constituir una "quiebra biográfica", en la que se estanca el "impulso vital", olvidando el pasado, viviendo al margen del presente y negando la posibilidad de futuro.

Antropológicamente, la depresión afecta a todo el ser humano, el soma y la psique, pudiéndola definir como una "vivencia existencial de la muerte", en la que se sufre en todo el ser, se sufre por vivir. El depresivo va entregándose lentamente a la muerte desde el "hundimiento vital" en que se encuentra.

### **Factor Biopsicosocial**

En la actualidad, las enfermedades crónicas como la IRCT son consideradas como fuentes generadoras de estrés, ya que implican un proceso de deterioro continuo y constante de varios años, afectando su calidad de vida y originando nuevas exigencias que deben ser afrontadas. Por ello, la presencia de la enfermedad crónica no sólo es percibida como una amenaza o pérdida de las funciones importantes para el bienestar personal y constituye un desafío dadas las nuevas condiciones bajo las que se debe seguir viviendo, las mismas que implican la introducción de tratamientos y nuevos regímenes alimenticios, la modificación de actividades escolares y sociales y la alteración de las relaciones interpersonales con seres significativos.

### **2.3.2. Insuficiencia renal**

#### **a. Definición**

La insuficiencia renal, es una condición que produce pérdida de nefronas y se deteriora a un ritmo determinado por el índice de destrucción nefronal ulterior. Finaliza cuando la población de nefronas remanentes no es suficiente para el mantenimiento de las funciones vitales (Brenner, Coe y Rector, 1988).

#### **b. Causas de la insuficiencia renal crónica**

Existen muchas condiciones que dañan los riñones; sin embargo, entre las causas más frecuentes está la diabetes que es la causa principal de esta alteración, ya que es una enfermedad crónica en donde no se produce suficiente insulina para ayudar a degradar glucosa (azúcar) en la sangre, entonces las grandes cantidades de sangre actúan como un veneno que daña los filtros y las arterias del riñón.

El aumento de la presión sanguínea (hipertensión) es la segunda causa que favorece la insuficiencia renal crónica, ya que daña los filtros y las pequeñas arterias y venas del órgano, lo que causa un deterioro rápido del riñón (Gutiérrez, 2012)

**c. Síntomas de la insuficiencia renal crónica**

En general es una enfermedad silenciosa, la mayoría de las personas no presentan síntomas al comienzo, pero cuando la función renal ha avanzado puede haber:

Dolor de cabeza frecuente

Fatiga

Comezón en todo el cuerpo

Si el deterioro renal persiste, además pueden presentarse otros síntomas debido a que el cuerpo es incapaz de (esta alteración es conocida como uremia):

Orina frecuente

Hinchazón en piernas, tobillos, pies, cara o manos

Sensación de sabor metálico en la boca

Náusea y vómito

Pérdida del apetito

Acortamiento de la respiración

Sensación de frío

Alteraciones en la concentración

Mareo

Dolor de piernas o calambres musculares

**d. Tratamiento de Diálisis**

Es un procedimiento terapéutico por medio del cual se eliminan sustancias tóxicas presentes en la sangre. El tratamiento de hemodiálisis (HD) consiste en dializar la sangre a través de una máquina donde se hace circular la sangre desde una arteria del paciente hacia el filtro de diálisis o dializador en el que las sustancias

tóxicas de la sangre se difunden en el líquido de diálisis; la sangre libre de toxinas vuelve luego al organismo a través de una vena canulada.

La Hemodiálisis es un proceso lento que se realiza conectando el enfermo a una máquina durante aproximadamente 4 horas, 2 ó 3 veces por semana. Además, el tratamiento de diálisis implica ingerir a diario una gran cantidad de medicamentos y seguir una dieta restringida en líquidos y alimentos (Páez et al; 2014).

### CAP. III. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1. Análisis y discusión de los resultados o de los instrumentos utilizados

En la tabla 1 se aprecia los niveles de depresión en los pacientes diagnosticados de insuficiencia renal crónica donde, el 29% pertenecen al nivel depresión grave, es decir existe predominancia de desencadenarse otros tipos de problemas emocionales persistentes que alteran en su vida diaria. Sin embargo el 22% presenta un nivel depresión moderada, lo que indica restricción en sus actividades diarias.

**Tabla 1**

*Análisis descriptivo del cuestionario de depresión en pacientes diagnosticados de Insuficiencia Renal Crónica en una Clínica de Chiclayo, 2016*

| Depresión           |          |
|---------------------|----------|
| Media               | 42,4950  |
| Mediana             | 46,5000  |
| Moda                | 55,00    |
| Desviación estándar | 13,94317 |
| Mínimo              | 13,00    |
| Máximo              | 60,00    |

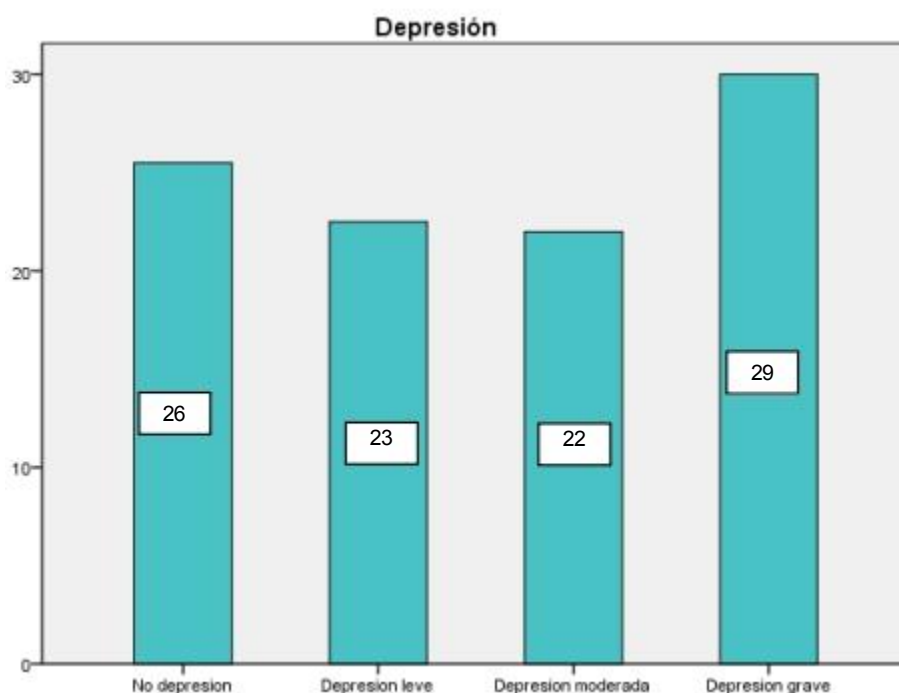
*Fuente: Test de Depresión de Beck, 2016*

|                    | Depresión<br>Frecuencia | Porcentaje  |
|--------------------|-------------------------|-------------|
| No depresión       | 51                      | <b>26%</b>  |
| Depresión leve     | 45                      | 23%         |
| Depresión moderada | 44                      | 22%         |
| Depresión grave    | 60                      | <b>29%</b>  |
| <b>Total</b>       | <b>200</b>              | <b>100%</b> |

*Nota: 29% depresión grave  
26% no tiene depresión*

**Grafico 1**

*Análisis descriptivo del cuestionario de depresión en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en una Clínica de Chiclayo 2016*



En la tabla 2 se aprecia los niveles de depresión en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica donde, el 28% pertenecen al nivel depresión grave, es decir existe predominancia de desencadenarse otros tipos de problemas emocionales persistentes que alteran en su vida diaria. Sin embargo el 27% no presentan niveles de depresión, lo que indica que tienden a manejar sus emociones.



**Tabla 2**

*Análisis del área afectiva en pacientes con insuficiencia renal crónica atendidos en una clínica de Chiclayo 2016.*

| Afectiva            |       |
|---------------------|-------|
| Media               | 7,06  |
| Mediana             | 8,00  |
| Moda                | 10    |
| Desviación estándar | 2,916 |
| Mínimo              | 1     |
| Máximo              | 11    |

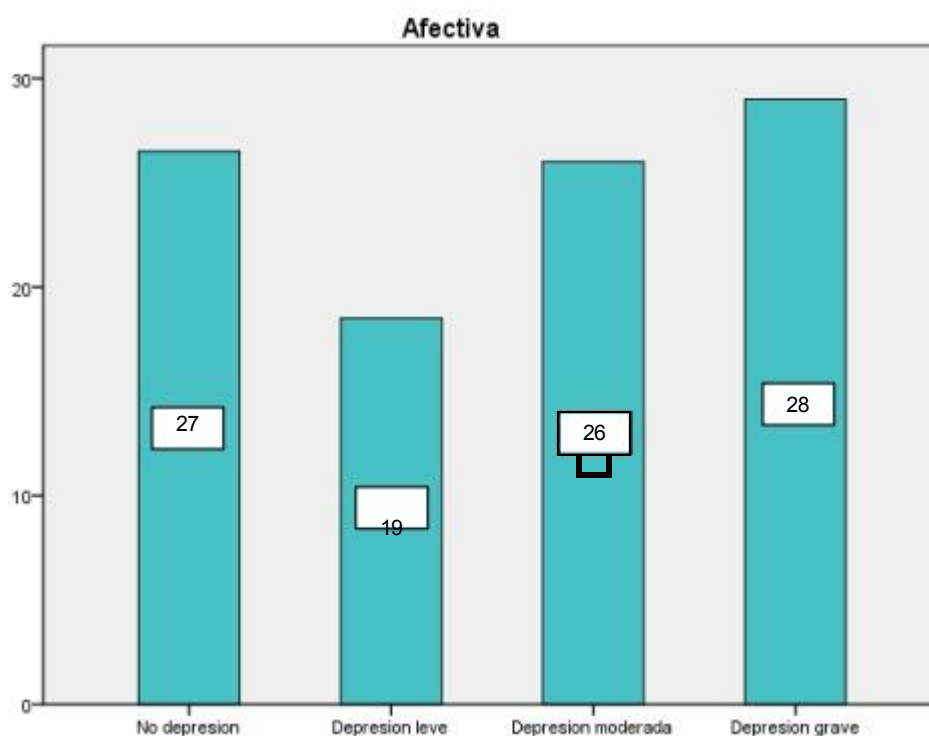
*Fuente: Test de Depresión de Beck, 2016*

| Afectiva           |            |            |
|--------------------|------------|------------|
|                    | Frecuencia | Porcentaje |
| No depresión       | 53         | 27%        |
| Depresión leve     | 37         | 19%        |
| Depresión moderada | 52         | 26%        |
| Depresión grave    | 58         | 28%        |
| Total              | 200        | 100%       |

*Nota: 28% depresión grave en área Afectiva  
27% no tiene depresión*

**Grafico 2**

*Análisis del área afectiva en pacientes con insuficiencia renal crónica atendidos en una clínica de Chiclayo 2016.*



En la tabla 3 se aprecia los niveles de depresión en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica donde, el 42% pertenecen al nivel depresión moderada, es decir, lo que indica restricción en sus actividades diarias. Sin embargo el 32% no presentan niveles de depresión, lo que indica que tienden a manejar sus emociones.

**Tabla 3**

*Análisis del área motivacional en pacientes con insuficiencia renal crónica atendidos en una clínica de Chiclayo 2016.*

| Motivacional        |       |
|---------------------|-------|
| Media               | 3,52  |
| Mediana             | 4,00  |
| Moda                | 5     |
| Desviación estándar | 1,598 |
| Mínimo              | 1     |
| Máximo              | 6     |

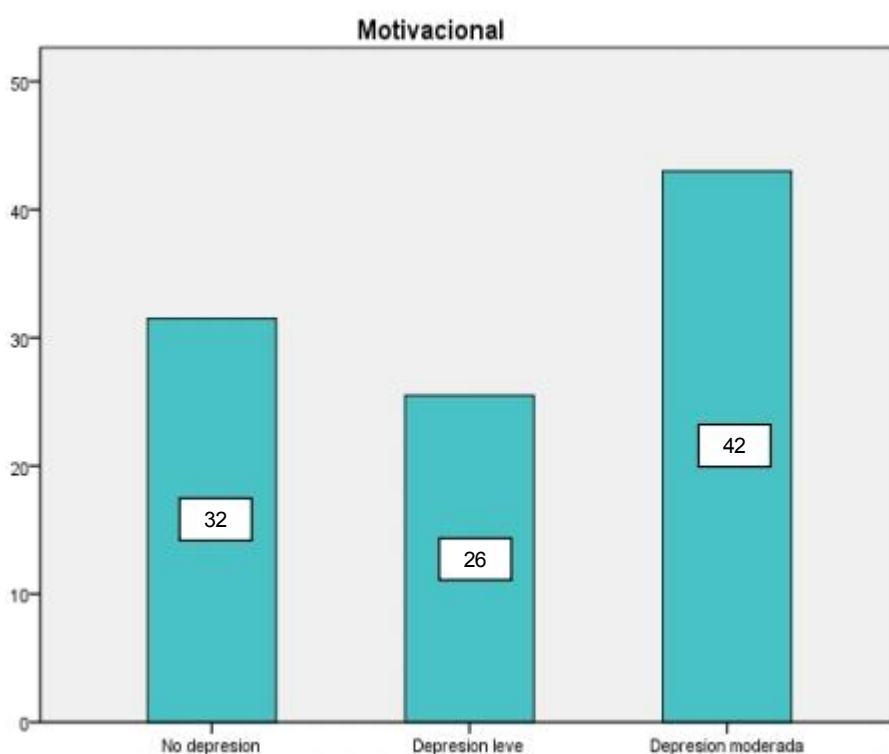
*Fuente: Test de Depresión de Beck, 2016*

| <b>Motivacional</b> |            |             |
|---------------------|------------|-------------|
|                     | Frecuencia | Porcentaje  |
| No depresión        | 63         | 32%         |
| Depresión leve      | 51         | 26%         |
| Depresión moderada  | 86         | 42%         |
| <b>Total</b>        | <b>200</b> | <b>100%</b> |

*Nota: 42% depresión moderada en área Motivacional  
32% no tiene depresión*

### Grafico 3

*Análisis del área motivacional en pacientes con insuficiencia renal crónica atendidos en una clínica de Chiclayo 2016.*



En la tabla 4 se aprecia los niveles de depresión en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica donde, el 31% pertenecen al nivel depresión grave, es decir existe predominancia de desencadenarse otros tipos de problemas emocionales persistentes que alteran en su vida diaria. Sin embargo el 27% no presentan niveles de depresión, lo que indica que tienden a manejar sus emociones.

**Tabla 4**

*Análisis del área cognitiva en pacientes con insuficiencia renal crónica atendidos en una clínica de Chiclayo 2016.*

| Cognitiva           |       |
|---------------------|-------|
| Media               | 17,10 |
| Mediana             | 19,00 |
| Moda                | 24    |
| Desviación estándar | 5,673 |
| Mínimo              | 5     |
| Máximo              | 24    |

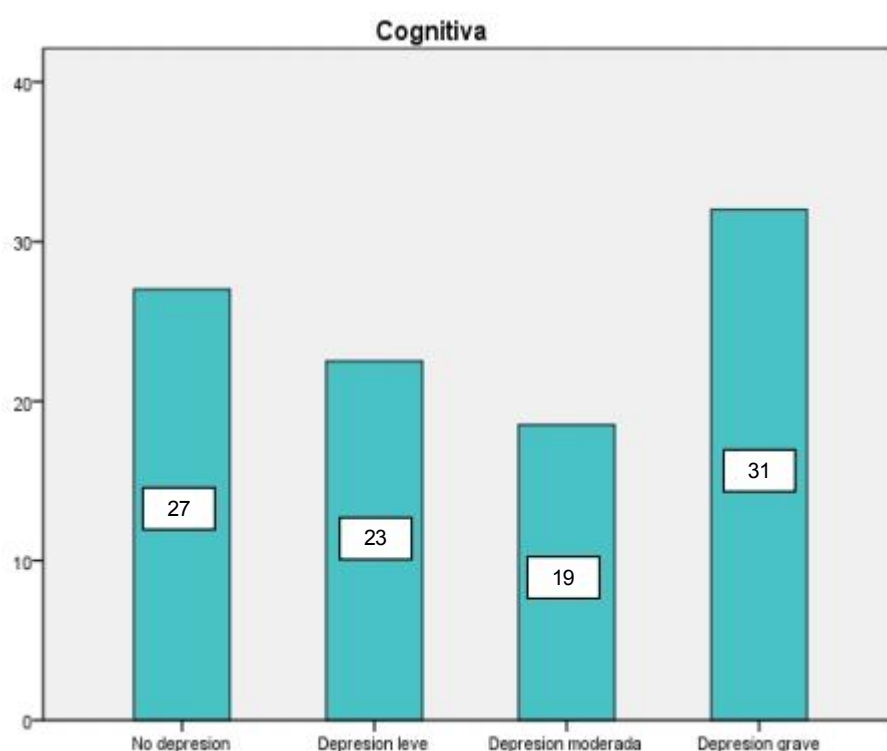
*Fuente: Test de Depresión de Beck, 2016*

| Cognitiva          |            |            |
|--------------------|------------|------------|
|                    | Frecuencia | Porcentaje |
| No depresión       | 54         | <b>27%</b> |
| Depresión leve     | 45         | 23%        |
| Depresión moderada | 37         | 19%        |
| Depresión grave    | 64         | <b>31%</b> |
| Total              | 200        | 100%       |

*Nota: 31% depresión grave en área Cognitiva  
27% no tiene depresión*

**Grafico 4**

*Análisis del área cognitiva en pacientes con insuficiencia renal crónica atendidos en una clínica de Chiclayo 2016.*



En la tabla 5 se aprecia los niveles de depresión en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica donde, el 33% pertenecen al nivel depresión grave, es decir existe predominancia de desencadenarse otros tipos de problemas emocionales persistentes que alteran en su vida diaria. Sin embargo el 30 % no presentan niveles de depresión, lo que indica que tienden a manejar sus emociones.

**Tabla 5**

*Análisis del área conductual en pacientes con insuficiencia renal crónica atendidos en una clínica de Chiclayo 2016.*

| Conductual          |       |
|---------------------|-------|
| Media               | 6,43  |
| Mediana             | 7,00  |
| Moda                | 9     |
| Desviación estándar | 2,440 |
| Mínimo              | 1     |
| Máximo              | 9     |

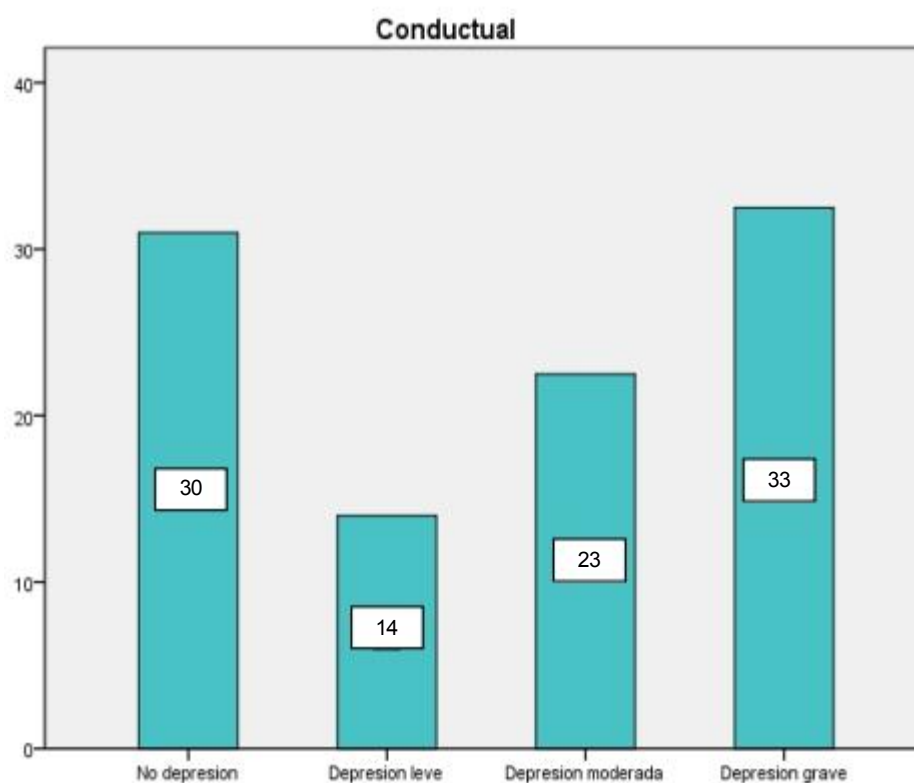
*Fuente: Test de Depresión de Beck, 2016*

| Conductual         |            |            |
|--------------------|------------|------------|
|                    | Frecuencia | Porcentaje |
| No depresión       | 62         | <b>30%</b> |
| Depresión leve     | 28         | 14%        |
| Depresión moderada | 45         | 23%        |
| Depresión grave    | 65         | <b>33%</b> |
| Total              | 200        | 100%       |

*Nota: 33% depresión grave en área Conductual  
30% no tiene depresión*

**Grafico 5**

*Análisis del área conductual en pacientes con insuficiencia renal crónica atendidos en una clínica de Chiclayo 2016.*



En la tabla 6 se aprecia los niveles de depresión en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica donde, el 39% pertenecen al nivel No depresión, es decir existe predominancia que tienden a manejar sus emociones. Sin embargo el 28 % presentan niveles de depresión leve, lo que indica que tienden a manejar sus emociones.

**Tabla 6**

*Describir el nivel del área física en pacientes con insuficiencia renal crónica atendidos en una clínica de Chiclayo 2016.*

| Física              |       |
|---------------------|-------|
| Media               | 8,40  |
| Mediana             | 8,00  |
| Moda                | 7     |
| Desviación estándar | 2,228 |
| Mínimo              | 3     |
| Máximo              | 12    |

*Fuente: Test de Depresión de Beck, 2016*

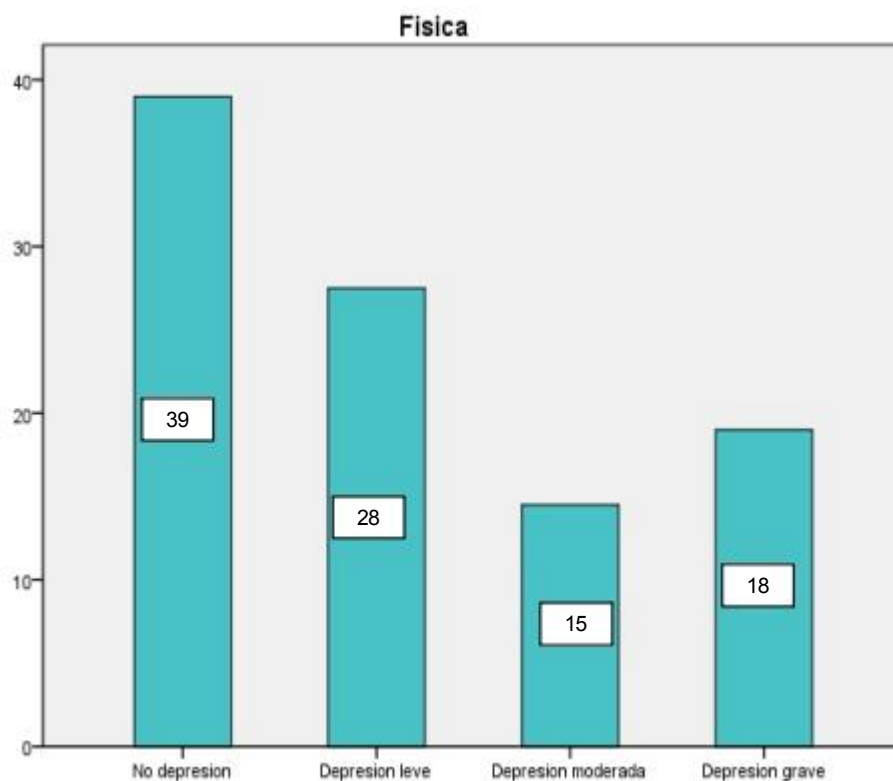
| Física             |            |            |
|--------------------|------------|------------|
|                    | Frecuencia | Porcentaje |
| No depresión       | 78         | <b>39%</b> |
| Depresión leve     | 55         | 28%        |
| Depresión moderada | 29         | 15%        |
| Depresión grave    | 38         | 18%        |
| Total              | 200        | 100%       |

*Nota: 39% No depresión en área Física*

*28% Depresión leve*

**Grafico 6**

*Análisis del área física en pacientes con insuficiencia renal crónica atendidos en una clínica de Chiclayo 2016.*



### Discusión de resultados

La investigación, determinó los niveles de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en una clínica de Chiclayo, 2016.

En lo referente a la depresión se evidencio que predomina el nivel grave en los pacientes con insuficiencia renal, esto quiere decir que presentan tristeza, sentimiento de culpa, irritabilidad, insatisfacción, ciertas ideas suicidas, sensación de fracaso, pesimismo acerca del futuro, indecisión, alejamiento social, fatigabilidad, perdida de sueño, apetito, peso y deseo sexual. Seguido de un nivel de no depresión, lo que indica que un segmento de la población no presenta síntomas fisiológicos y psicológicos. Resultados que se asemejan a la investigación de Álvarez y Vásquez (2011), Relación entre los niveles de ansiedad y depresión en pacientes en tratamiento de hemodiálisis en México, la muestra estuvo conformada por 133 participantes, cuyas edades oscilaron entre 30 a 65 años de edad. Los principales resultados evidencian mayor nivel de prevalencia en cuanto a la depresión, debido a las diversas situaciones



estresantes. No obstante, la depresión es un trastorno del estado de ánimo en el cual hay humor deprimido con pérdida de energía e interés, sentimientos de culpa, dificultades de concentración, pérdida de apetito y pensamientos de muerte o suicidio. Otros signos y síntomas incluyen cambios en la actividad, funciones cognitivas, lenguaje y funciones vegetativas, que repercuten en el funcionamiento laboral, social e interpersonal (Kaplan, Sadock y Grebb, 1996). En la misma línea (Beck, 2001) menciona que la depresión es un trastorno psicológico que supone importantes cambios en la manera de pensar, de sentir y de comportarse, más evidente conforme aumenta su grado.

En lo concerniente al área afectiva, cognitiva y conductual se ubican en un nivel de depresión grave, esto indica que los pacientes de la clínica presentan con frecuencia tristeza, sentimientos de culpa, irritabilidad, malestar, pesimismo frente al futuro, sensación de fracaso, auto disgusto, indecisión, expectativas de castigo, imagen distorsionada de sí mismo, somatizaciones, alejamiento social, y fatigabilidad. Seguido de un nivel de no depresión, lo que indica que una tercera parte de la población se caracteriza por no presentar esta sintomatología. Por otro lado en el área motivacional se aprecia predominancia en el nivel depresión moderado, esto indica que presentan insatisfacción y posibles ideas suicidas en el proceso de la depresión. No obstante en lo referente al área física se evidencia predominio en el nivel de no depresión. Hallazgos similares al estudio de Mora (2007) niveles de depresión entre los pacientes oncológicos del Hospital Regional y un Clínica oncológica de la Ciudad de Chiclayo. Para la recolección de datos, se empleó el Inventario de Depresión de Aaron Beck. Los principales resultados concluyen que en el Hospital Regional hay un 49%, y en la Clínica un 35% correspondiente al nivel depresión grave. Por consiguiente Rojas (2006), refiere que las depresiones son un conjunto de enfermedades psíquicas hereditarias o adquiridas, con una sintomatología determinada, a la que se asocian cambios de tipo somático, psicológico, conductual, cognitivo y asertivos. A su vez Antonini (2005), considera que la depresión es un trastorno

afectivo que varía desde bajas transitoria del estado de ánimo que son características de la vida misma hasta el síndrome clínico de gravedad y duración con signos y síntomas asociados notoriamente distintos a la normalidad.

### **3.2. Etapa de significación práctica**

#### **3.2.1. Presentación de la propuesta fundamentada en la solución teórica desarrollada**

##### **a. Enfoque cognitivo conductual de la propuesta cognitivo conductual.**

###### **Definición**

Es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.). Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo (Beck, 1967, 1976).

##### **b. Modelos cognitivos: perspectiva histórica**

Entre los supuestos generales en los que se basa la terapia cognitiva, se cuentan los siguientes:

- La percepción y en general, la experiencia son procesos activos que incluyen tanto datos de inspección como de introspección.
- Las cogniciones del paciente son el resultado de una síntesis de estímulos internos y externos.
- El modo que tiene un individuo de evaluar una situación se hace evidente.
- Por lo general, a partir de sus cogniciones (pensamientos e imágenes visuales).
- Estas cogniciones constituyen la “corriente de conciencia” o campo fenoménico de una persona, que refleja la configuración de la persona acerca de sí misma, su mundo, su pasado y su futuro.

- Las modificaciones del contenido de las estructuras cognitivas de una persona influyen en su estado afectivo y en sus pautas de conducta.
- Mediante la terapia psicológica, un paciente puede llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas.
- La corrección de estos constructos erróneos puede producir una mejoría clínica (Beck, 2000)

### **c. La terapia Cognitiva Conductual**

El objetivo de la terapia cognitiva para la depresión es eliminar los síntomas depresivos y prevenir las recaídas. Desde el modelo cognitivo, esto se consigue, ayudándole a identificar y modificar las cogniciones desadaptativas que le producen emociones y conductas contraproducentes.

La forma más poderosa de modificar esas cogniciones es su contrastación con la realidad empírica. Con esta finalidad se utilizan técnicas cognitivas y conductuales.

La prevención de recaídas se considera desde los primeros momentos de la terapia. También se le prepara para que se espere fluctuaciones en sus síntomas y para que no se desanime por ello. Una vez superados los síntomas depresivos, se tratarán los esquemas básicos que le predisponen a la depresión, para prevenir depresiones futuras (Beck, 2000)

#### **c.1. Estructuras de las sesiones:**

Revisar las tareas para casa y analizar cualquier problema que surgiese en su realización, así como las razones por las que se propusieron.

Enumerar los problemas a tratar durante la sesión y las técnicas a utilizar para resolver.

Al final de la sesión, se proponen nuevas tareas para casa.

Las tareas suelen ser: experimentos para comprobar hipótesis, y autorregistros de actividades, pensamientos, etc. Si el paciente no está de acuerdo con las tareas propuestas, se le explica las razones por las que conviene llevarlos a cabo y, en ocasiones, se modifican, para llegar a un consenso.

#### **d. Fases de la terapia cognitiva de Beck para la depresión**

##### **d.1. Establecer la relación Terapéutica.**

Actitudes deseables del terapeuta:

- Inspirarle confianza, lo cual conseguiremos con:
- Consideración positiva incondicional, empatía y congruencia.
- Estar bien preparado.
- No mostrarte demasiado interesado, reforzante o afectado.
- Conjuguar la honestidad con la diplomacia, teniendo en cuenta la propensión del paciente a hacer interpretaciones negativas.
- Destacar y mantener en todo momento una actitud de trabajo en equipo.

Hacer preguntas: Las preguntas se usan para:

- Asegurarte de que te ha comprendido.
- Saber cómo te percibe.
- Conocer su actitud ante la terapia.
- Comprender bien lo que quiere decir.
- Dirigir su atención al examen de sus cogniciones.
- Acostumbrarlo a que se haga preguntas a sí mismo; a que considere tus ideas y las suyas como hipótesis a comprobar.

Usar el humor con prudencia y sensatez:

- Puede ayudar al paciente a darse cuenta de lo absurdo y perjudicial de algunas ideas. Exagerando, provocando una disonancia cognitiva y haciéndole buscar explicaciones alternativas más adaptativas.

- Hacer resúmenes de lo que él te ha dicho y pedirle que él los haga.
- Destacar siempre el trabajo en equipo
- Conocer el paradigma personal del paciente. Sus ideas le parecen razonables y plausibles: Cree que es un fracasado, un inútil o un antipático. Esa visión se mantiene a veces, incluso aunque existan evidencias extremas que las contradigan.

**d.2. Comprender sus quejas y transformarlas en síntomas objetivo. (Evaluación)**

Tenemos que escucharle empáticamente para comprender su paradigma personal, su visión de sí mismo, del mundo y del futuro, ya que solo así se sentirá comprendida y motivada para decidirse a ponerlo a prueba. Al principio el paciente expresa sus quejas en forma confusa y, es nuestro papel el ayudarle a clarificarlas y mostrarle cómo se relacionan con su depresión.

**d.3. Explicarle el modelo cognitivo de la depresión y Demostrarle cómo influyen las cogniciones en las emociones.**

En base a la información que da el paciente, le explicamos los fundamentos teóricos de la terapia cognitiva. Para ello describimos la relación entre pensamientos y emociones, usando ejemplos concretos experimentados por el paciente.

Hay que explicar con claridad y hacer preguntas concretas para que el paciente pueda experimentar la sesión como un éxito ya que podremos reforzarle por haber comprendido y respondido adecuadamente. Esto mejorará también un poco su estado de ánimo y le predispondrá favorablemente a la terapia.

#### **d.4. Las Técnicas conductuales**

Se emplean con los pacientes depresivos más graves no sólo para modificar la conducta, sino también para elicitación cogniciones asociadas a conductas específicas. Ya que el paciente, por lo general, necesita estas técnicas más activas al comienzo del tratamiento.

Generalmente, la terapia consta de 15-20 sesiones una vez a la semana. Los casos más graves suelen adquirir sesiones frecuentes, dos semanales durante 4-5 semanas y después, una semanal durante 10-15 semanas. Normalmente, solemos disminuir la frecuencia a una sesión de cada dos semanas durante las últimas fases, al tiempo que recomendamos la “terapia de apoyo” una vez que ha finalizado el tratamiento.

Se utilizan para cambiar cogniciones. Sirven entre otras cosas para:

Probar la validez de las ideas del paciente acerca de sí mismo.

Comprobar la relación entre la actividad realizada y el estado de ánimo.

Fijar su atención en las sensaciones agradables que experimente superando así el pensamiento dicotómico (todo o nada). (Kirschman, 2001).

##### **d.4.1. Tipos de Técnicas**

Lista de actividades potencialmente agradables: Podemos incluir las que le gustaban antes.

Lista de actividades de dominio: Cosas que le gustaría hacer pero que, actualmente, no puede hacer por encontrarse deprimido.

Programa semanal de actividades: Incluyendo actividades de las listas señaladas (1 y 2) y evaluándolas entre 0 y 5 en dominio o agrado.

Asignación de tareas graduales: Dividiendo una tarea compleja (que él considera imposible de llevar a cabo) en pequeños pasos, practicando los primeros pasos en la consulta (si es posible), o ayudándose con práctica en la imaginación (el paciente visualiza la realización de la tarea y la describe verbalmente, y cuando surge algún problema u olvida algún paso, el terapeuta le ayuda mediante preguntas, ejemplo que puedes hacer para. A veces ayuda, practicar la tarea previamente, mediante juego de roles.

Práctica cognitiva: Pedir al paciente que imagine sucesivamente cada uno de los pasos que componen la ejecución de una tarea. Esto lo obliga a prestar atención a los detalles esenciales de dicha actividad, contrarresta su tendencia a divagar y facilita la realización al programarla paso a paso. También ayuda a identificar posibles obstáculos cognitivos, conductuales o ambientales que pudieran impedir la realización de la tarea. El terapeuta identificará y desarrollará soluciones para esos problemas antes de que den lugar a una experiencia de fracaso no deseada. Beck, A. (1961)

#### **d.5. Las Técnicas cognitivas**

Las técnicas cognitivas son una serie de procedimientos para identificar y modificar los sesgos sistemáticos y los contenidos disfuncionales típicos del pensamiento depresivo.

Podemos dividirlos en:

- Detectar pensamientos automáticos.

- Comprobar como los P.A influyen en las emociones: ponerle ejemplos ajenos y propios.

Entrenamiento en observación y registro de cogniciones, mediante:

- Análisis de autorregistros
- Imágenes inducidas (solo en depresiones moderadas)
- Preguntas acerca de qué pensaba al venir o que piensa cuando observamos un cambio emocional.
- Registrar pensamientos automáticos (registro de pensamientos).
- Lo más pronto posible (o una hora fija)
- En los periodos más difíciles.
- En los lugares más difíciles (a veces ir con él)
- Traducir o reducir el pensamiento a su esencia.

Clasificar las cogniciones en función de sus:

- Contenidos o temas (visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro)
- Distorsiones: sobregeneralización, pensamiento dicotómico, etc.
- Someter los pensamientos automáticos a prueba de realidad:
- Evaluarlas preguntándoles por datos reales.
- Examinar su validez o su tipo de distorsión.
- Buscar evidencias a favor y en contra.
- Técnicas de reatribución (interna, estable y global para lo negativo).
- Fijar su atención en la responsabilidad de otras personas o de las circunstancias.
- Revisar y aplicar leyes lógicas a los acontecimientos.
- Búsqueda de interpretaciones alternativas



- Buscar todas las alternativas posibles, igual que en la solución de problemas.
- Asignar porcentajes de verosimilitud.
- Hacer preguntas para que se fije en detalles de interés.
- Buscar pruebas (argumentos o experimentos) que las confirmen o invaliden.
- Acostumbrarse a manejar varias hipótesis (de paso, disminuye el grado de certeza del pensamiento automático).
- Introducir en los autorregistros el apartado “interpretaciones alternativas” (Beck, 1961).

### **3.2.2. Elaborar las recomendaciones metodológicas para la aplicación de la propuesta**

#### **PROPUESTA COGNITIVO CONDUCTUAL**

##### **Título**

Propuesta de un Programa Cognitivo Conductual para superar la Depresión en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en una Clínica de Chiclayo, 2016

##### **Datos Generales:**

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <b>Institución</b>                 | : Centro de Diálisis María Auxiliadora e Instituto del Riñon. |
| <b>Ubicación de la Institución</b> | : Chiclayo – Lambayeque.                                      |
| <b>Número de Participantes</b>     | : 200 pacientes de diálisis.                                  |
| <b>Numero de sesiones</b>          | : 12 sesiones.  |
| <b>Tiempo de cada sesión</b>       | : 90 minutos.   |
| <b>Modalidad de trabajo</b>        | : 1 vez por semana (Grupal)                                   |
| <b>Duración</b>                    | : 3 meses   |
| <b>Responsables</b>                | : Bach. Céspedes Chuzón Catherine Ivon.                       |
| <b>Asesor</b>                      | : Dr. Rubén Gustavo Toro Reque                                |

## **Introducción**

De acuerdo a la realidad problemática de la investigación se cree importante crear una propuesta de un programa cognitivo conductual para disminuir la Depresión en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en una Clínica de Chiclayo, 2016.

## **Fundamentación:**

En la terapia Cognitivo Conductual los principios de actuación terapéutica se derivan de los hallazgos experimentales de la psicología del aprendizaje, sobre todo en lo que hace referencia a los condicionamientos clásico y operante, en combinación con técnicas desarrolladas a partir de la psicología cognitiva. La acción terapéutica va más allá de manipulaciones ambientales, y utiliza intervenciones conductuales destinadas a instaurar, modificar o suprimir conductas de modelado; roleplaying, entrenamiento asertivo, etc. El terapeuta toma una actitud directiva e intenta corregir activamente los déficits o inadecuaciones de comportamientos manifiestos, incluyendo los procesos cognitivos conscientes. Para ello, el terapeuta potencia los procesos de auto atención, instando al paciente a modificar ideas irracionales mediante estrategias de afrontamiento, reestructuración y control cognitivo. De acuerdo a lo sustentado, se pretende desarrollar esta propuesta como medio de modificación de conductas para los pacientes con insuficiencia renal, además resulta de evidencia empírica de acuerdo a los hallazgos.

## **Objetivos**

### **General:**

Disminuir la depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en una clínica de Chiclayo, 2016.

### **Específicos:**

Desarrollar el área afectiva en pacientes con insuficiencia renal crónica atendidos en una clínica de Chiclayo 2016.

Fomentar el área motivacional en pacientes con insuficiencia renal crónica atendidos en una clínica de Chiclayo 2016.

Propiciar el área cognitiva en pacientes con insuficiencia renal crónica atendidos en una clínica de Chiclayo 2016.

Potenciar el área conductual en pacientes con insuficiencia renal crónica atendidos en una clínica de Chiclayo 2016.

Mejorar el área física en pacientes con insuficiencia renal crónica atendidos en una clínica de Chiclayo 2016.

### **Metodología**

Para el desarrollo del presente programa se tendrá en cuenta las siguientes estrategias:

**Trabajos individuales:** permite una mejor concentración al realizar sus actividades, lo que permite recoger una mejor información después de aplicada la sesión de aprendizaje.

**Trabajos en grupo:** la finalidad es encaminar el programa dentro del pensamiento estratégico y eso se hace en equipo, evidenciando un trabajo cooperativo.

### **Dinámica Grupal:**

**Organizadores visuales y auditivos:** facilita la comunicación del programa, útil para que se comprendan el mensaje y así establezca la mejora de su actividad cognitiva.

**Clarificaciones verbales:** permite una mejor comunicación y comprensión de los diferentes ítems presentados a fin de que ellas los puedan discriminar de manera visual y auditiva.

## Material

Para realizar las sesiones de lo programa se utilizarán los siguientes materiales:

- Cañón Multimedia
- Revistas
- Computadora
- Parlantes
- Hojas A-4
- Hojas de colores
- Lapiceros
- Plumón.
- Pizarra.

## Cuadro de Contenidos

| PROGRAMA              | Taller                                 | Sesiones                                     | Técnicas  | Tiempo |
|-----------------------|--|--|---|--------|
| PROGRAMA DE DEPRESION | 1. "Estrategia para el área afectiva". | 1. "Autoconocimiento de mis emociones".      | Estudio de caso.<br>Discusión<br>Debate<br>Entrenamiento de asertividad<br>Rol playing<br>Tarea para casa | 90`    |
|                       |  | 2. "Aprendiendo a equilibrar mis emociones". | Estudio de caso<br>Discusión<br>Debate<br>Entrenamiento de asertividad<br>Rol playing<br>Tarea para casa  | 90`    |
|                       |  | 3. "Mejorando mi orientación a resultados".  | Estudio de caso<br>Discusión<br>Debate<br>Entrenamiento de asertividad<br>Rol playing<br>Tarea para casa  | 90`    |

|  |   |   |  |     |
|--|---|---|--|-----|
|  | 2. "Estrategia para el área motivacional" | 4. "Incrementando mi iniciativa".             | Estudio de caso<br>Discusión<br>Debate<br>Entrenamiento de asertividad<br>Rol playing<br>Tarea para casa | 90` |
|  |   | 5. "Desarrollando mi capacidad motivacional". | Estudio de caso<br>Discusión<br>Debate<br>Entrenamiento de asertividad<br>Rol playing<br>Tarea para casa | 90` |
|  | 3. "Estrategia para el área cognitiva".   | 6."Reconociendo mis pensamientos".            | Estudio de caso<br>Discusión<br>Debate<br>Entrenamiento de asertividad<br>Rol playing<br>Tarea para casa | 90` |
|  |   | 7."Haciendo positivos mis pensamientos".      | Estudio de caso<br>Discusión<br>Debate<br>Entrenamiento de asertividad<br>Rol playing<br>Tarea para casa | 90` |
|  |   | 8. "Desarrollando mi capacidad cognitiva".    | Estudio de caso<br>Discusión<br>Debate<br>Rol playing<br>Tarea para casa                                 | 90` |
|  | 4. "Estrategia para el área conductual".  | 9." Reconociendo mis conductas"               | Estudio de caso<br>Discusión<br>Debate<br>Rol playing<br>Tarea para casa                                 | 90` |
|  |   | 10."Desarrollando mi capacidad conductual"    | Estudio de caso<br>Discusión<br>Debate<br>Entrenamiento de asertividad<br>Rol playing<br>Tarea para casa | 90` |
|  |   |   |  |     |
|  |   |   |  |     |
|  |   |   |  |     |

|  |                                       |                                      |  |            |
|--|---------------------------------------|--------------------------------------|--|------------|
|  | 5. “ Estrategia para el área Física “ | 11. “ Evaluando mi capacidad física” | Estudio de caso<br>Discusión<br>Debate<br>Entrenamiento de asertividad<br>Rol playing<br>Tarea para casa | <b>90`</b> |
|  |                                       | 12.”Aceptando mis debilidades “      | Estudio de caso<br>Discusión<br>Debate<br>Entrenamiento de asertividad<br>Rol playing<br>Tarea para casa | <b>90`</b> |

### **Desarrollo de las sesiones de la propuesta del programa Cognitivo Conductual.**

Las actividades y acciones previstas para este programa se llevarán a cabo a través de una modalidad de talleres, basados en el trabajo vivencial, reflexivo y trabajo grupal. Éste es concebido como un dispositivo que incluye un riguroso marco conceptual, con técnicas psicológicas que puedan ayudar a mejorar la actitud del paciente en la Centro de Salud Correspondiente. El programa consta de 12 sesiones y el tiempo de duración son de 90 min, cada sesión será realizada una vez a la semana, está dirigido a los pacientes diagnosticados de insuficiencia renal crónica y se realizara las sesiones de manera grupal.

## **TALLER I**

### **ESTRATEGIA PARA EL AREA AFECTIVA EN LA DEPRESIÓN**

- I. Sesión** : “Autoconocimiento de mis emociones”.
- II. Duración** : 90 minutos
- III. Objetivo** : Desarrollar el área afectiva en pacientes con insuficiencia renal crónica atendidos en una clínica de Chiclayo 2016.

#### **IV. Desarrollo de la Actividad:**

##### **A. Estudio de caso**

Cecilia es una chica de 21 años que consideraba que tenía un carácter difícil, pero que últimamente notaba que se enfadaba más, se sentía más irritable, ansiosa, lloraba y le cambiaba el humor con mucha facilidad. Durante la evaluación, pudimos observar que la sintomatología que describía respondía a un episodio depresivo, básicamente originado porque no conectaba desde hacía tiempo con las personas que le rodeaban, incluida su pareja, motivo por el que se habían ido deteriorando estas relaciones.

Además, con la pareja hacía meses que no tenían relaciones sexuales ya que por un lado no sentía deseo y por el otro, sentía dolor durante las relaciones. Se vio y ella misma reconocía, que acostumbraba a malinterpretar algunas situaciones y eso había hecho que se alejara de las personas que más quería.

#### **Responda:**

Según el caso presentado responda en grupos:

¿Qué emociones presentaba la Joven?

¿Cuáles serían las alternativas posibles para ayudarla a mejorar su estado actual?

## **B. TAREA PRACTICA**

En el trabajo grupal elegir una experiencia vivida entre sus compañeros de equipo y desarrollar diversas actividades para proporcionarle una solución al problema.

## **C. ENTRENAMIENTO EN ASERTIVIDAD Y ROLE-PLAYING**

El entrenamiento en asertividad se centra en habilidades específicas e incluye técnicas como el modelado, la práctica cognitiva, etc.

Role Playing (juego de roles) implica la adopción de un papel por parte del facilitador, paciente, o de ambos y la subsiguiente interacción social basada en el papel asignado.

## **D. TARA PARA CASA**

Se le asigna una tarea que el paciente considere imposible de llevar a cabo en pequeños pasos, con la finalidad de evaluar el grado de actividad del participante y para obtener datos objetivos sobre su nivel de funcionamiento actual.



## **TALLER II**

### **ESTRATEGIA PARA EL AREA AFECTIVA EN LA DEPRESIÓN**

- I. Sesión** : “Aprendiendo a equilibrar mis emociones”.
- II. Duración** : 90 minutos
- III. Objetivo** : Desarrollar el área afectiva en pacientes con insuficiencia renal crónica atendidos en una clínica de Chiclayo 2016.

#### **IV. Desarrollo de la Actividad :**

##### **A. ESTUDIO DE CASO**

Mireia es una chica que vino a terapia psicológica muy desorientada; lloraba constantemente y no sabía por qué estaba tan mal. La vida en general le iba bien, había finalizado estudios superiores, de la carrera que ella quería, su familia la ayudaba y la apoyaba, tenía recursos económicos, amistades, etc. Asimismo era el final de una época estudiantil en la que se había envuelto muy bien, ya que es una estudiante brillante y empezaba a nueva etapa de su vida que era un trabajo, causándole temor de afrontar esta realidad.

##### **Responda:**

Según el caso presentado responda en grupos:

¿Cuáles creen el porqué de sus emociones?

¿Cuáles serían las alternativas que puede tener para afrontar esta nueva situación en su vida?

##### **B. TAREA PRACTICA**

A través de una hoja práctica los participantes trabajaran individualmente y empezaran a distinguir el área afectiva basándose en experiencias vividas.

### **C. ENTRENAMIENTO EN ASERTIVIDAD Y ROLE-PLAYING**

El entrenamiento en asertividad se centra en habilidades específicas e incluye técnicas como el modelado, la práctica cognitiva, etc.

Role Playing (juego de roles) implica la adopción de un papel por parte del facilitador, paciente, o de ambos y la subsiguiente interacción social basada en el papel asignado.

### **D. TAREA PARA CASA**

Se le asigna una tarea que el paciente considere imposible de llevar a cabo en pequeños pasos, con la finalidad de evaluar el grado de actividad del participante y para obtener datos objetivos sobre su nivel de funcionamiento actual.

### **TALLER III**

#### **ESTRATEGIA PARA EL AREA AFECTIVA EN LA DEPRESIÓN**

- I. Sesión** : “Mejorando mi orientación a resultados”.
- II. Duración** : 90 minutos
- III. Objetivo** : Desarrollar el área afectiva en pacientes con insuficiencia renal crónica atendidos en una clínica de Chiclayo 2016.

#### **IV. Desarrollo de la Actividad:**

##### **A. ESTUDIO DE CASO**

Joel es un joven de 20 años que sufre de insuficiencia renal y lleva un tratamiento de tres días a la semana , cada vez que llega al lugar de tratamiento reacciona enfadado , cuando se le habla no responde , en algunas oportunidades llega triste y cansado en el cual menciona que solo quiere dormir y que nadie debe molestarlo .

Vive solo, sus familiares viven fuera de la ciudad y se dedica a estudiar arquitectura en una universidad, es de pocos amigos y no participa en las actividades que se realizan en la clínica donde acude.

##### **Responda:**

Según el caso presentado responda en grupos:

¿Cuáles creen el porqué de sus emociones?

¿Cuáles serían las alternativas que pueden para que Joel pueda manejar estas emociones?

##### **B. TAREA PRACTICA**

A través del Trabajo grupal se realiza las técnicas de control de la activación: entrenamiento en respiración diafragmática y relajación muscular progresiva con focalización atencional y visualización.

### **C. ENTRENAMIENTO EN ASERTIVIDAD Y ROLE-PLAYING**

El entrenamiento en asertividad se centra en habilidades específicas e incluye técnicas como el modelado, la práctica cognitiva, etc.

Role Playing (juego de roles) implica la adopción de un papel por parte del facilitador, paciente, o de ambos y la subsiguiente interacción social basada en el papel asignado.

### **D. TAREA PARA CASA**

Se le asigna una tarea, en donde tendrá que registrar durante periodos de tristeza, enfado, apatía con objeto de hacer más clara la relación con el afecto.

## **TALLER IV**

### **ESTRATEGIA PARA EL AREA MOTIVACIONAL EN LA DEPRESIÓN**

- I. Sesión** : “Incrementando mi iniciativa”.
- II. Duración** : 90 minutos
- III. Objetivo** : Fomentar el área motivacional en pacientes con insuficiencia renal crónica atendidos en una clínica de Chiclayo 2016.

#### **IV. Desarrollo de la Actividad:**

##### **A. ESTUDIO DE CASO**

Fernanda de 20 años sufre de insuficiencia renal, desde hace 2 años, su actividad física ha deteriorado, al hacer sus actividades suele cansarse y no disfrutar tanto como antes, frente a ello se muestra triste y con pocos ánimos de realizar sus actividades diarias o de salir.

Frente a la rutina de diálisis manifiesta estar aburrida y no querer ir, dejando de lado su bienestar de salud si decide no acudir, prefiriendo permanecer en cama.

##### **Responda:**

Según el caso presentado responda en grupos:

¿De qué manera motivarías a que Fernanda cambie esa actitud?

¿Cuáles serían las alternativas que pueden ayudar a Fernanda para que pueda manejar estas emociones?

##### **B. TAREA PRACTICA**

A través de una hoja práctica los participantes trabajaran individualmente y empezaran a mencionar los desagradables en cuanto a la desmotivación de su vida diaria, después de ello modificaran cada conducta con una acción positiva manifestando motivación.

### **C. ENTRENAMIENTO EN ASERTIVIDAD Y ROLE-PLAYING**

El entrenamiento en asertividad se centra en habilidades específicas e incluye técnicas como el modelado, la práctica cognitiva, etc.

Role Playing (juego de roles) implica la adopción de un papel por parte del facilitador, paciente, o de ambos y la subsiguiente interacción social basada en el papel asignado.

### **D. TAREA PARA CASA**

Continuar registrando cogniciones si es posible, registrar explicaciones alternativas; evitar etiquetas ya lo único que hacen es enmascarar los verdaderos problemas.

Evaluar en una escala de 0 a 10 hasta qué punto buscaba era satisfacer las expectativas del facilitador.

## **TALLER V**

### **ESTRATEGIA PARA EL AREA MOTIVACIONAL EN LA DEPRESIÓN**

- I. Sesión** : “Desarrollando mi capacidad motivacional”.
- II. Duración** : 90 minutos
- III. Objetivo** : Fomentar el área motivacional en pacientes con insuficiencia renal crónica atendidos en una clínica de Chiclayo 2016.

#### **IV. Desarrollo de la Actividad :**

El facilitador comenzará dividiendo a los participantes en grupos de 5 personas

- Posteriormente, repartirá un papelógrafo y un sobre a cada grupo. Los sobres contendrán pequeñas historias cuya meta es servir como facilitadores para un debate sobre la motivación.
- Los participantes deben leer el contenido de los sobres y analizarlo
- Luego, el facilitador escribirá en la pizarra una serie de preguntas como ¿qué piensas del personaje principal?, ¿qué harías en lugar de esta persona?, ¿qué le dirías al personaje principal de tu historia?
- El facilitador pedirá a los grupos las respuestas, cada una variará de acuerdo a la historia que analizan
- Finalmente, todos discutirán, buscando conclusiones.

#### **A. TAREA PRACTICA**

A través de una hoja práctica los participantes trabajaran individualmente y empezaran a realizar una autoevaluación de su análisis FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas, luego de lo realizado tendrán una conversación con el objetivo de generar un sentimiento de cambio personal.

## **B. ENTRENAMIENTO EN ASERTIVIDAD Y ROLE-PLAYING**

El entrenamiento en asertividad se centra en habilidades específicas e incluye técnicas como el modelado, la práctica cognitiva, etc.

Role Playing (juego de roles) implica la adopción de un papel por parte del facilitador, paciente, o de ambos y la subsiguiente interacción social basada en el papel asignado.

## **C. TAREA PARA CASA**

Continuar registrando cogniciones si es posible, registrar explicaciones alternativas; evitar etiquetas ya lo único que hacen es enmascarar los verdaderos problemas.

Evaluar en una escala de 0 a 10 hasta qué punto buscaba era satisfacer las expectativas del facilitador.



## **TALLER VI**

### **ESTRATEGIA PARA EL AREA COGNITIVA EN LA DEPRESIÓN**

- I. Sesión** : "Reconociendo mis pensamientos".
- II. Duración** : 90 minutos
- III. Objetivo** : Propiciar el área cognitiva en pacientes con insuficiencia renal crónica atendidos en una clínica de Chiclayo 2016.

#### **IV. Desarrollo de la Actividad :**

##### **A. ESTUDIO DE CASO**

Se les presentará a los participantes un video interactivo de un caso de una joven pesimista, con sentimientos de fracaso y su autoimagen deformada, en la cual frente a ello responderán a las siguientes preguntas, agrupándose en equipos de trabajo:

Según lo observado, los pensamientos de la joven afectan en su estado de ánimo?

Que son los pensamientos

Cuáles son las recomendaciones que le brindarían a la joven para de esta manera poder ayudarla.

##### **B. TAREA PRACTICA**

A través de una hoja práctica los participantes trabajaran individualmente y empezaran a desarrollar el método A-B-C-D para de esta manera poder sus pensamientos, después de ello modificaran cada conducta con una pensamiento positivo.

##### **C. ENTRENAMIENTO EN ASERTIVIDAD Y ROLE-PLAYING**

El entrenamiento en asertividad se centra en habilidades específicas e incluye técnicas como el modelado, la práctica cognitiva, etc.

Role Playing (juego de roles) implica la adopción de un papel por parte del facilitador, paciente, o de ambos y la subsiguiente interacción social basada en el papel asignado.

#### **D. TAREA PARA CASA**

Continuar identificando errores cognitivos y proponer explicaciones alternativas a los “pensamientos automáticos” negativos.

## **TALLER VII**

### **ESTRATEGIA PARA EL AREA COGNITIVA EN LA DEPRESIÓN**

- I. Sesión** : "Haciendo positivos mis pensamientos".
- II. Duración** : 90 minutos
- III. Objetivo** : Propiciar el área cognitiva en pacientes con insuficiencia renal crónica atendidos en una clínica de Chiclayo 2016.

#### **IV. Desarrollo de la Actividad:**

##### **A. ESTUDIO DE CASO**

Julio de 48 años de edad, se siente triste, irritable y sentimientos de fracaso como persona, padre y como ser humano, afirma sentirse así desde hace tres meses cuando se dio cuenta de que perdía a la mujer que quería, desde entonces ese estado es permanente, es una persona rígida, muy conservado y algo machista, reconoce que en su vida nunca había llorado, ni en pérdidas de seres queridos y que ahora se siente como un tonto cuando tiene ganas de llorar. No ha hecho nada por intentar solucionar el problema.

#### **Luego responder a las preguntas:**

¿Qué alternativas de solución crees que puedas mencionar para ayudar a esta persona?

¿Crees que los talleres de autoayuda ayudarían a solucionar este problema?

##### **B. TAREA PRÁCTICA**

En trabajo individual realizar una lista de frases motivadoras para mejorar pensamientos negativos que tienen en su vida diaria, después de ello, se reunirán todo el equipo de trabajo emitiendo un análisis y reflexión.

### **C. ENTRENAMIENTO EN ASERTIVIDAD Y ROLE-PLAYING**

El entrenamiento en asertividad se centra en habilidades específicas e incluye técnicas como el modelado, la práctica cognitiva, etc.

Role Playing (juego de roles) implica la adopción de un papel por parte del facilitador, paciente, o de ambos y la subsiguiente interacción social basada en el papel asignado.

### **D. TAREA PARA CASA**

Durante la semana identificar y realizar una lista de pensamientos negativos que hayan tenido para luego ser modificados por positivos, de manera que le permita reconocer el origen de sus pensamientos y no volverlos a emitir.

## **TALLER VIII**

### **ESTRATEGIA PARA EL AREA COGNITIVA EN LA DEPRESIÓN**

- I. Sesión** : “Desarrollando mi capacidad cognitiva”.
- II. Duración** : 90 minutos
- III. Objetivo** : Propiciar el área cognitiva en pacientes con insuficiencia renal crónica atendidos en una clínica de Chiclayo 2016.

#### **IV. Desarrollo de la Actividad:**

##### **A. ESTUDIO DE CASO**

Ana, es una joven de 28 años, desde muy infante sus padres siempre han tomado decisiones por ella. Cuando era adolescente Ana, no podía tomar decisiones por su propia voluntad, no podía escoger su propia ropa. Así mismo cuando alguna decisión resultaba errónea, ella se lamentaba y siempre decía no sirvo para nada, que tonta soy, etc.

Realizar las siguientes preguntas:

Que alternativas de solución darías para este caso

Cuales crees que serían las conductas positivas de esta Joven para su mejoría.

##### **B. TAREA PRÁCTICA**

Se mostrará un video reflexivo acerca de un Caso de pesimismo hacia el futuro, en donde cada participante emitirá alternativas de solución y lo adaptará a su vida personal.

##### **C. ENTRENAMIENTO EN ASERTIVIDAD Y ROLE-PLAYING**

El entrenamiento en asertividad se centra en habilidades específicas e incluye técnicas como el modelado, la práctica cognitiva, etc.

Role Playing (juego de roles) implica la adopción de un papel por parte del facilitador, paciente, o de ambos y la subsiguiente interacción social basada en el papel asignado.

#### **D.TAREA PARA CASA**

Hacer una lista de alternativas de acciones en donde tendrán que en cada uno tomar la mejor decisión positiva para el bienestar de su salud emocional.

## **TALLER IX**

### **ESTRATEGIA PARA EL AREA CONDUCTUAL EN LA DEPRESIÓN**

- I. Sesión** : " Reconociendo mis conductas"
- II. Duración** : 90 minutos
- III. Objetivo** : Potenciar el área conductual en pacientes con insuficiencia renal crónica atendidos en una clínica de Chiclayo 2016.
- IV. Desarrollo de la Actividad** :

#### **A. ESTUDIO DE CASO**

Se muestra a los participantes un video interactivo de un adulto de 35 años de edad que sufre de una enfermedad , desde el momento que se enteró de la noticia , fue difícil para afrontarlo , empezó aislarse de su entorno social , abandonando el trabajo donde se encontraba y tomando la decisión de querer permanecer en casa.

Realizar las siguientes preguntas:

Que alternativas de solución darías para este caso

Cuales crees que serían las conductas positivas de esta persona para mejorar su actitud hacia la enfermedad

Crees que la familia seria el apoyo para la mejoría de esta persona.

#### **B. TAREA PRÁCTICA**

A los participantes se les indicará que se reúnan en equipos de trabajo y se les entregará fichas con imágenes de acciones positivas en donde tendrán que crear historias de su vida cotidiana. Luego manifestaran una enseñanza que les brinda en su vida diaria.

### **C.ENTRENAMIENTO EN ASERTIVIDAD Y ROLE-PLAYING**

El entrenamiento en asertividad se centra en habilidades específicas e incluye técnicas como el modelado, la práctica cognitiva, etc.

Role Playing (juego de roles) implica la adopción de un papel por parte del facilitador, paciente, o de ambos y la subsiguiente interacción social basada en el papel asignado.

### **D.TAREA PARA CASA**

De tarea los participantes tendrán que realizar actividades recreativas y de distracción, como salir de casa y visitar a sus amigos o familiares. Luego escribir en una hoja de registro, como se sintieron y que conductas manifestaron frente a dicha situación.



## **TALLER X**

### **ESTRATEGIA PARA EL AREA CONDUCTUAL EN LA DEPRESIÓN**

- I. Sesión** : "Desarrollando mi capacidad conductual"
- II. Duración** : 90 minutos
- III. Objetivo** : Potenciar el área conductual en pacientes con insuficiencia renal crónica atendidos en una clínica de Chiclayo 2016.

#### **IV. Desarrollo de la Actividad:**

##### **A.CASO PRÁCTICO**

Un adulto de 40 años trabajador de una empresa prestigiosa, en los tres últimos meses ha presentado cansancio para trabajar, desánimo para realizar sus actividades, tristeza y alejamiento de su entorno social, por motivo de una ruptura amorosa.

Realizar las siguientes preguntas:

Porque crees que las personas que sufren rupturas amorosas presentan esta sintomatología.

¿Qué alternativas de solución darías para este caso?

¿Crees que sería adecuado buscar ayuda profesional, si o no porque?

##### **B. TAREA PRÁCTICA**

Los participantes se reunirán en equipos de trabajo en donde se les repartirá casos para que puedan escenificar, mostrando como personajes al profesional de salud, paciente y familiares, buscando una alternativa de solución a cada caso.

### **C.ENTRENAMIENTO EN ASERTIVIDAD Y ROLE-PLAYING**

El entrenamiento en asertividad se centra en habilidades específicas e incluye técnicas como el modelado, la práctica cognitiva, etc.

Role Playing (juego de roles) implica la adopción de un papel por parte del facilitador, paciente, o de ambos y la subsiguiente interacción social basada en el papel asignado.

### **D.TAREA PARA CASA**

De tarea los participantes tendrán que realizar actividades recreativas y de distracción, como salir de casa y visitar a sus amigos o familiares. Luego escribir en una hoja de registro, como se sintieron y que conductas manifestaron frente a dicha situación.

## **TALLER XI**

### **ESTRATEGIA PARA EL AREA FISICA EN LA DEPRESIÓN**

- I. Sesión** : “ Evaluando mi capacidad física”
- II. Duración** : 90 minutos
- III. Objetivo** : Mejorar el área física en pacientes con insuficiencia renal crónica atendidos en una clínica de Chiclayo 2016.

#### **IV. Desarrollo de la Actividad :**

##### **A.CASO PRÁCTICO**

Adrián es un joven de 30 años, donde en las últimas semanas ha manifestado pérdida de sueño, pérdida de apetito, pérdida de peso y pérdida del deseo sexual, esta situación es preocupante para él y su familia, mostrando sentimientos de tristeza , dejando así sus labores de estudio, debido a la muerte de su padre ocurrido hace un mes.

Realizar las siguientes preguntas:

¿Qué alternativas de solución darías para este caso?

¿Crees que sería adecuado buscar ayuda profesional, si o no porque?

¿Qué harías tú frente a esta situación?

##### **B.TAREA PRÁCTICA**

Los participantes se reunirán en equipos de trabajo en donde se les repartirá casos para que puedan escenificar, mostrando como personajes al profesional de salud, paciente y familiares, buscando una alternativa de solución a cada caso.

##### **C. ENTRENAMIENTO EN ASERTIVIDAD Y ROLE-PLAYING**

El entrenamiento en asertividad se centra en habilidades específicas e incluye técnicas como el modelado, la práctica cognitiva, etc.

Role Playing (juego de roles) implica la adopción de un papel por parte del facilitador, paciente, o de ambos y la subsiguiente interacción social basada en el papel asignado.

#### **D.TAREA PARA CASA**

Hacer una lista de alternativas de acciones en donde tendrán que en cada uno tomar la mejor decisión positiva para el bienestar de su salud emocional.

## **TALLER XII**

### **ESTRATEGIA PARA EL AREA FISICA EN LA DEPRESIÓN**

- I. Sesión** : "Aceptando mis debilidades "
- II. Duración** : 90 minutos
- III. Objetivo** : Mejorar el área física en pacientes con insuficiencia renal crónica atendidos en una clínica de Chiclayo 2016.

#### **IV. Desarrollo de la Actividad:**

##### **A.CASO PRÁCTICO**

A los participantes se les mostrará un video en donde se muestra a un paciente oncológico presentando síntomas físicos debido a la enfermedad que padece , en donde se les entregará una lista de alternativas de solución y elegirán las más adecuadas para que el paciente afronte su situación.

Realizar las siguientes preguntas:

¿Qué alternativas de solución darías para este caso y porque?

##### **B.TAREA PRÁCTICA**

Los participantes se reunirán de manera grupal y expondrá un caso de una experiencia vivida desde el inicio de su enfermedad y que alternativas de solución tomaron en ese momento y como se siente actualmente.

##### **C.ENTRENAMIENTO EN ASERTIVIDAD Y ROLE-PLAYING**

El entrenamiento en asertividad se centra en habilidades específicas e incluye técnicas como el modelado, la práctica cognitiva, etc.

Role Playing (juego de roles) implica la adopción de un papel por parte del facilitador, paciente, o de ambos y la subsiguiente interacción social basada en el papel asignado.

#### **D.TAREA PARA CASA**

Escribir en una hoja, una experiencia vivida que contenga un mensaje subliminal y reflexivo de esta manera darse cuenta de la fortaleza que ha tenido para afrontar estas situaciones.

#### **3.2.3. Validación de la propuesta realizada**

La propuesta se ha validado mediante la validez por juicio o criterio de expertos, los cuales revisaron la propuesta y emitieron su veredicto como apto.

## **CONCLUSIONES**

Se encontró alto porcentaje de depresión grave y baja incidencia en depresión leve en los pacientes con insuficiencia renal.

En el área afectiva de la depresión existe mayor porcentaje del nivel grave y bajo porcentaje en nivel moderado.

Área motivacional mayor porcentaje en el nivel moderado, posteriormente nivel leve.

En el área cognitiva, se muestra mayor porcentaje en el nivel grave, y bajo porcentaje en nivel leve.

Seguidamente, área conductual se evidencia mayor porcentaje en el nivel grave y finaliza en el nivel moderado.

En área física, se evidencia mayor porcentaje del nivel no depresión y menor porcentaje en nivel grave.

Se elaboró una propuesta cognitivo conductual mediante los hallazgos, con el fin de disminuir la depresión en los pacientes con insuficiencia renal.

Se realizó la validez de constructo del instrumento de medición, así como la validación de la propuesta del programa cognitivo conductual.

## **RECOMENDACIONES**

El estado debería incorporar el área de salud mental en pacientes oncológicos, ya que dicho trastorno de depresión no es reconocido fácilmente por el médico y no son tratados de forma correcta.

Que las intervenciones a los pacientes involucren a la familia, para brindarle un ambiente de seguridad, apoyo y confianza, por principio de vital importancia.

El equipo multidisciplinario realice actividades recreativas a los pacientes y familiares en la medida de sus posibilidades, como medio de distracción y equilibrio emocional.

Las sesiones de programa se basan en estrategias de afrontamiento al estrés, así como técnicas de relajación, las mismas que facilitarían la disminución de la depresión hallada.

Al personal de la clínica, dentro de sus atenciones psicológicas emplear empatía y paciencia dirigido hacia los pacientes renales.

A la clínica de hemodiálisis, tener abierta la posibilidad de incrementar profesionales de psicología, con la finalidad de disminuir y tratar dicha problemática.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aguilera, P. (2007) *Prevalencia de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis, hospital clínico regional Valdivia, abril- agosto 2007*. Tesis para optar el grado de Licenciada en Enfermería. Universidad Austral de Chile.
- Anastasi, A. y Urbina, S. (1998) *Test psicológicos. 7ma edición*. México: Prentice Hall.
- Atención, J. y otros (2004) *Evaluación de la Depresión y ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis*. Vol. 50. Venezuela.
- Alarcón A, (2006) *Manual de Psicooncología*. Colombia. Bogotá: Ed. Personal.
- Bautovich, A. Katz, I. y Colaboradores (2002) *Abordaje de la Depresión en los Pacientes con Enfermedad Renal Crónica*.
- Brenlla, M. y Rodríguez, C. (2006) *Manual de Inventario de Depresión de Beck BDI II Adaptación Argentina*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Beck, A. (1961) *Inventario de Depresión*. Argentina.
- Beck, A. (2000) *Terapia Cognitiva de la depresión*. 19ª Edición. Editorial Descleé de Brouwer.
- Beck, A. (2006) *BDIII, Inventario de Depresión de Beck: Manual*. Buenos Aires: Paidós.
- Gutiérrez, T. (2012) *Trastornos afectivos más frecuentes en pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con hemodiálisis en el servicio de nefrología de la unidad renal de la clínica contigo de la ciudad de Latacunga durante el periodo octubre 2011 a febrero 2012*. Tesis para optar el grado académico de Médico. Universidad Técnica de Ambato, Ecuador.

Guzmán, J. y Nicassio, M. (2003) *La contribución de los esquemas enfermedad negativos y positivos a la depresión en pacientes con enfermedad renal en etapa terminal*. Journal of Behavioral Medicine.

Hernández, R; Fernández, C. y Baptista, M (2010), *Metodología de la investigación*. 5ta edición. México: McGrawHill.

Kim, A. (2002) *Análisis de la Depresión en pacientes continuos con Diálisis peritoneal ambulatoria*. Medical Science.

OMS (2003) *Informe sobre la Salud en el Mundo*. Forjemos el futuro.

## LINKOGRAFIA

Eficacia de la terapia cognitiva conductual en la intervención de familias disfuncionales. Recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos93/eficacia-terapia-cognitiva-conductual-intervencion-familias-disfuncionales/eficacia-terapiacognitiva-conductual-intervencion-familias-disfuncionales.shtml>

Espinosa y otros (2007) *Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores*. Artículos de Psicología. Recuperado de <http://www.red-psi.org/articulos/depresion/>

Gálvez, R., Larios, L. y Pingo, G. (2010) *Relación entre la depresión y el bajo rendimiento académico en los alumnos de primero a quinto ciclo de la Escuela de Psicología de la Universidad Privada Antenor Orrego*. Recuperado de <http://documents.mx/documents/relacion-entre-la-depresion-y-el-rendimiento-academico.html>

García, F. (2002) Mala Adherencia a la Dieta en la Hemodiálisis. Recuperado de <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nef-imprimir-articulo-mala-adherencia-dieta-hemodialisis-papel-los-sintomas-ansiosos-depresivos-X0211699502014870>.

Kirszman, D. (2001) *Psicoterapia cognitiva de la depresión, Perspectivas Sistémicas*. Recuperado de <http://www.redsistemica.com.ar/kirszman.htm>

Mesa, M., Vásquez, Y. y Álvarez, N. (2012) *Depresión y ansiedad en los pacientes de hemodiálisis, Instituto de Nefrología, de la Habana, Cuba*. Recuperado de <http://www.revistahph.sld.cu/hph3-2013/hph%2004313.html>

Moreno, E., Arenas, D., Porta, E., Escalant, L., Canto, J., Castell, G., Serrano, F., Samper, J., Millán, D. y Cases, J. (2004) *Estudio de la prevalencia de trastornos ansiosos y pacientes en Hemodiálisis. Revista de la*

*Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Volumen 7.*  
Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-13752004000400004&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-13752004000400004&script=sci_arttext)

Mora, L. (2007) *Diferencias de los Niveles de Depresión entre los Pacientes Oncológicos.* Recuperado de <http://psicoinformate.blogspot.pe/2008/01/diferencias-de-los-niveles-de-depresin.html>

Montoya, J. y Suarez, J. (2014) *Depresión y ansiedad en pacientes en hemodiálisis, Lambayeque 2012- 2013.* Tesis para optar el grado académico de Médico. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Recuperado de <http://tesis.usat.edu.pe/jspui/handle/123456789/173>

Páez, A., Jofre, M., Azpiroz, C. y Bortoli, M. (2009) *Ansiedad y Depresión en pacientes con Insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis.* Recuperado de <http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V08N01A09.pdf>

Reyes, A. (2003) *Apoyo social y funcionamiento familiar en pacientes con Insuficiencia renal crónica en Hemodiálisis. Tesis para optar el título de Master en Psicología de la salud.* Escuela Nacional de Salud Pública de Santiago, Cuba. Recuperado de <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/aymara.pdf>

Rojas (2006) *Las Depresiones.* Recuperado de [http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lps/martinez\\_r\\_a/capitulo10.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/martinez_r_a/capitulo10.pdf)

Segura, I. y Meroño, J. (2014) *Evaluación del estado de ansiedad y depresión en paciente oncológico hospitalizado.* Recuperado de

<http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/ansiedad-y-depresion-paciente-oncologico-hospitalizado/>

Suarez (2004) Estudio de carga de enfermedad en Chile. Ministerio de Salud.

Recuperado de

[http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub\\_asis/asis18.pdf](http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis/asis18.pdf)

Terapia Cognitiva para la Depresión según Beck. Recuperado de

<http://www.cop.es/colegiados/PV00520/Guia%20Beck%20depresion.pdf>

Vásquez, I., Valderrabano, F., Fort, J., Jofre, R., López, J., y Moreno, F. (2004)

*Diferencias en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud entre Hombres y Mujeres en Tratamiento en Hemodiálisis.* Recuperado

<http://www.revistanefrologia.com/revistas/P1-E228/P1-E228-S132-A2917.pdf>.

Yagui, M. y Vidal, M. (2014) *Carga de Enfermedad en el Perú*. Recuperado de

<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/Cargaenfermedad2012.pdf>

## **ANEXOS**

## **ANEXO N° 1**

### **INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK**

#### **Descripción de la prueba:**

El Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BBDI) (Beck y Cols, 1961) fue desarrollado inicialmente como una escala heteroaplicada de 21 ítems para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión, conteniendo cada ítem varias frases autoevaluativas que el entrevistador leía al paciente para que este seleccionase la que mejor se adaptase a su situación; sin embargo, con posterioridad su uso se ha generalizado como escala autoaplicada. Esta versión fue adaptada al castellano y validada por Conde y Cols (1975), y ha sido durante mucho tiempo la versión más conocida en nuestro país. En 1979 Beck y cols. Dan a conocer una nueva versión revisada de su inventario, adaptada y traducida al castellano por Vázquez y Sanz. (1991), siendo esta la más utilizada en la actualidad. En 1996, los mismos autores presentaron una nueva revisión de su cuestionario, el Beck Depression Inventory – II o BDI-II, del que no se dispone por el momento de adaptación y validación al castellano.

Existen también dos versiones abreviadas de 13 y de 7 ítems, de menor difusión, y no validadas en nuestro medio.

Es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. En la versión de 1961 cada ítems contemplaba de 4 a 6 opciones de respuesta, ordenadas de menor a mayor gravedad, y así fueron recogidas en la adaptación y validación de Conde y cols (1975), si bien fueron recogidas en la adaptación y validación de Conde y cols. (1975), si bien en una revisión posterior introdujeron varias modificaciones importantes sobre el cuestionario original, tales como la eliminación completa de 2 ítems (sentimientos de culpa y autoimagen) y la aleatorización de las alternativas de respuesta. En la versión revisada de 1979 se sistematizan 4 alternativas de respuesta para cada ítems, que evalúan la gravedad /intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor

gravedad. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa. Ni la numeración de las alternativas de respuesta, ni los enunciados de los distintos ítems deben aparecer en el formato de lectura del cuestionario, ya que al dar una connotación clínica objetiva a las frases pueden influir en la opción de respuesta del paciente.

Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50 % de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático/vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológico - cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somático- vegetativos.

El test de Beck Depresión Inventory (BDI) se presenta en forma de ensayo opción múltiple que pretende medir la presencia y el grado de depresión en adolescentes y adultos. Cada uno de los 21 artículos de los intentos BDI para evaluar un síntoma específico o de actitud que aparecen que es específica a los pacientes deprimidos y que son consistentes con las descripciones de la depresión que figura en la literatura psiquiátrica.

**PUNTUAJE:** Cada uno de los artículos del Inventario corresponde a una categoría específica de los síntomas depresivos y/o actitud. Cada categoría pretende describir una manifestación específica del comportamiento de la depresión y consiste en una serie escalonada de cuatro declaraciones de autoevaluación.

### **INVENTARIO DE BECK PARA EVALUAR DEPRESIÓN**

El inventario de Depresión fue creado por Beck en el año de 1967, con el objetivo de medir la depresión, ya que ofrecería según el autor algunas ventajas: Evitaría la variabilidad del diagnóstico clínico, proveería una medida estándar no afectada por la orientación teórica o la inconsistencia del que no afectada por la orientación teórica o la inconsistencia del que lo administra , además, por ser administrado



reduciría los costos del entrenamiento y tiempo del profesional, y por último facilitaría las comparaciones con otros datos.

El instrumento se basa en dos supuestos:

- a. Primero: Conforme a la depresión si es más severa, mayor sería número de síntomas, esta progresión permite hacer diferenciación entre personas sanas, y pacientes que tengan una depresión leve, moderada y/o severa.
- b. Segundo: En cuando el paciente este más deprimido, cada síntoma lo siente de una manera más intensa o frecuentemente por ello su diseño incluye todos los síntomas integrales de los cuales lo clasifica en cinco áreas:

#### **AREA AFECTIVA**

- (A) Tristeza
- (E) Sentimientos de Culpa
- (J) Predisposición para el llanto
- (K) Irritabilidad

#### **AREA MOTIVACIONAL**

- (D) Insatisfacción
- (I) Ideas Suicidas

#### **AREA COGNITIVA**

- (B) Pesimismo Frente al futuro
- (C) Sensación de Fracaso
- (F) Expectativa de Castigo
- (G) Auto disgusto
- (M) Indecisión
- (N) Auto imagen deformada
- (T) Preocupaciones Somáticas
- (F) Auto acusaciones

## **AREA CONDUCTUAL**

(L) Alejamiento

(O) Retardo para trabajar

(Q) Fatigabilidad

## **AREA FISICA**

(P) Pérdida de Sueño

(R) Pérdida de apetito

(S) Pérdida de peso

(U) Pérdida del deseo sexual

Esta prevalencia de la afectividad subjetiva, psíquica de congruente con la teoría, cognitiva de la depresión mantenida por el mismo autor, según el cual la respuesta afectiva está determinada por la forma en que el individuo estructura su experiencia. En la teoría de Beck, menciona: “Es posible que los episodios depresivos sean precipitados por un evento externo, la evaluación del evento mismo, puede ser lo que produce la depresión.

**ADMINISTRACIÓN.** El Inventario de Depresión de Beck, fue elaborado para ser administrado de manera individual o grupal. Para ser administrado en forma individual se utiliza una doble copia de protocolo de respuestas, una se le entrega al paciente y la otra es leída en voz alta por el entrevistador.

Luego de anunciar sus declaraciones que corresponden a cada reactivo, se pide al entrevistado que indique “Cual de las declaraciones define mejor su estado de ánimo, de cómo se siente en ese instante”. En ningún momento debe sugerirse la respuesta, y si el entrevistado indica que hay dos afirmaciones que corresponden a la manera como se siente, entonces de debe registrar el número más alto. El puntaje de la depresión es la suma de las respuestas que va desde la A hasta la U.

El tiempo de aplicación, no tiene límite de tiempo y por lo general no se requiere más de 15 minutos en contestar.

**CALIFICACIÓN.** El sistema de codificación, toma en cuenta el número de síntomas reportados por el paciente y que cada uno de ellos tiene un puntaje numérico, la intensidad de cada síntoma ha sido registrada asignándole valores numéricos graduados a cada uno de los 21 categorías, o un 0 indica que el síntoma no estuvo presente, mientras que la severidad en aumento es graduada por uno, dos y tres, de tal suerte que el puntaje total del paciente representa una combinación del número de categorías sintomáticos y la severidad de los síntomas particulares.

Sin embargo un puntaje total desde 0 a 10 indica que no hay depresión. De 11 a 20 indica que hay una depresión leve, la puntuación que va desde los 21 a 30 significa que hay una depresión moderada; pero si pasa de los 31 a más, demuestra que hay depresión severa.

### **INTERPRETACIÓN**

El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3.

El rango de la puntuación obtenida es de 0- 63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico. Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad/ severidad son los siguientes:

No depresión : 0-9 puntos

Depresión leve : 10-18 puntos

Depresión moderada: 19-29 puntos

Depresión grave : > 30 puntos

A efectos de cribado o detección de casos en población general el punto de corte ha sido establecido por Lasa L. y cols en > 13 puntos. En pacientes médico la validez predictiva de la escala está peor establecida, por cuanto los ítems somáticos tienden a aumentar el número de falsos positivos si se utiliza un punto de corte bajo y se han utilizado puntos de corte más altos (por ej.: > 16 en pacientes diabéticos, > 21 en pacientes con dolor crónico).

A efectos de selección de sujetos para investigación, el punto de corte usualmente aceptado es > 21 puntos.

Se ha cuestionado algunos aspectos de su validez de contenido, ya que los síntomas referidos al estado de ánimo tienen poco peso y , además , parte de la premisa de que la depresión se caracteriza por una inhibición general, ya que sólo recoge síntomas por defecto. Tiene escasa capacidad discriminante para los trastornos de ansiedad, y tampoco resulta adecuado para realizar un diagnóstico diferencial frente a otros trastornos psiquiátricos o para diferenciar distintos subtipos de depresión.

En población geriátrica los ítems de síntomas pueden distorsionar al alza la puntuación total, y general y a efectos de cribado, se considera más idónea la escala de depresión geriátrica de Yesavage. En pacientes médicos, y por la misma razón, mantiene una buena sensibilidad pero una baja especificidad, con elevado porcentaje de falsos positivos, es especial si se utilizan puntos de corte bajos.

Al ser un cuestionario auto aplicado puede ser difícil de aplicar en pacientes graves o con bajo nivel cultural.

Se trata posiblemente del cuestionario auto aplicado más citado en la bibliografía. Utilizado en pacientes con diagnóstico clínico de depresión, proporciona una estimación adecuada de la gravedad o intensidad

sintomática, y es ampliamente utilizado en la evaluación de la eficacia terapéutica por su sensibilidad al cambio y en la investigación para la selección de sujetos. Posee así mismo una adecuada validez para el cribado o detección de casos en población general, pero en pacientes médicos su especificidad es baja.

## INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Nombre.....  
Fecha de Nacimiento..... Sexo:..... Edad: .....  
Grado de Instrucción:..... Ocupación: .....  
Evaluador(a) : .....  
Lugar procedencia: .....

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones

de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

### **A. TRISTEZA**

- 0. No me siento triste.
- 1. Me siento triste.
- 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- 3. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

### **B. PESIMISMO**

- 0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
- 1. Me siento desanimado de cara al futuro.
- 2. Siento que no hay nada por lo que luchar.
- 3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

### **C. SENSACIÓN DE FRACASO**

- 0. No me siento como un fracasado.
- 1. He fracasado más que la mayoría de las personas.

2. Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro.
3. Soy un fracaso total como persona.

**D. INSATISFACCIÓN**

0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
2. Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas.
3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

**E. CULPA**

0. No me siento especialmente culpable.
1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
3. Me siento culpable constantemente.

**F. EXPECTATIVA DE CASTIGO**

0. No creo que esté siendo castigado.
1. Siento que quizá esté siendo castigado.
2. Espero ser castigado.
3. Siento que estoy siendo castigado.

**G. AUTODISGUSTO**

0. No estoy descontento de mí mismo.
1. Estoy descontento de mí mismo.
2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
3. Me detesto.

**H. AUTOACUSACIONES**

0. No me considero peor que cualquier otro
1. Me autocritico por mi debilidad o por mis errores.
2. Continuamente me culpo por mis faltas.
3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

**I. IDEAS SUICIDAS**

- 0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
- 2. Desearía poner fin a mi vida.
- 3. Me suicidaría si tuviese oportunidad.

**J. LLANTO**

- 0. No lloro más de lo normal.
- 1. Ahora lloro más que antes.
- 2. Lloro continuamente.
- 3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

**K. IRRITABILIDAD**

- 0. No estoy especialmente irritado.
- 1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- 2. Me siento irritado continuamente.
- 3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

**L. ALEJAMIENTO SOCIAL**

- 0. No he perdido el interés por los demás.
- 1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
- 2. He perdido gran parte del interés por los demás.
- 3. He perdido todo interés por los demás.

**M. INDECISION**

- 0. Tomo mis propias decisiones igual que antes.
- 1. Evito tomar decisiones más que antes.
- 2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- 3. Me es imposible tomar decisiones.

**N. AUTO- IMAGEN DEFORMADA**

- 0. No creo tener peor aspecto que antes.



1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
3. Creo que tengo un aspecto horrible.

**O. RETARDO PARA TRABAJAR**

0. Trabajo igual que antes.
1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

**P. PERDIDA DE SUEÑO**

0. Duermo tan bien como siempre.
1. No duermo tan bien como antes.
2. Me despierto 1-2 horas antes de lo habitual y me cuesta volverme a dormir.
3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volverme a dormir.

**Q. FATIGABILIDAD**

0. No me siento más cansado de lo normal.
1. Me canso más que antes.
2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

**R. PERDIDA DE APETITO**

0. Mi apetito no ha disminuido.
1. No tengo tan buen apetito como antes.
2. Ahora tengo mucho menos apetito.
3. He perdido completamente el apetito.

**S. PÉRDIDA DE PESO**

- 0. No he perdido peso últimamente.
- 1. He perdido más de 2 kilos Estoy tratando intencionadamente.
- 2. He perdido más de 4 kgs. de perder peso comiendo menos.
- 3. He perdido más de 7 kgs. Sí .....No.....

**T. PREOCUPACIONES SOMATICAS**

- 0. No estoy preocupado por mi salud.
- 1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, etc.; el malestar de estómago o los catarros.
- 2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
- 3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

**U. PÉRDIDA DEL DESEO SEXUAL**

- 0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
- 1. La relación sexual me atrae menos que antes.
- 2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
- 3. He perdido totalmente el interés sexual.

**VERIFIQUE SI HA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS  
MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

## ANEXO N° 2

### BAREMOS

| Áreas de la Depresión |          |              |           |            |          |
|-----------------------|----------|--------------|-----------|------------|----------|
|                       | Afectiva | Motivacional | Cognitiva | Conductual | Física   |
| No depresión          | <4       | <2           | <12       | <4         | <7       |
| Depresión leve        | 4-7      | 3-4          | 13-18     | 5-6        | 8-9      |
| Depresión moderada    | 8-9      | 5-6          | 19-21     | 7-8        | 9-10     |
| Depresión grave       | 10 a mas | 7 a mas      | 22 a mas  | 9 a mas    | 11 a mas |

| Niveles de la Depresión |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| ▪                       | No depresión <30         |
|                         | Depresión leve 31-45     |
|                         | Depresión moderado 46-54 |
|                         | Depresión grave 55 a mas |
| ▪                       |                          |