



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL
NORTE**



FACULTAD DE EDUCACIÓN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

CARRERA DE PSICOLOGÍA GENERAL

TEMA:

“REDUCCIÓN DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA A TRAVÉS DE TERAPIA RACIONAL EMOTIVA EN PACIENTES QUE PADECEN INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DIAL IBARRA, EN EL PERÍODO MARZO-JULIO 2016.”

Trabajo de grado previo a la Obtención del Título de Psicóloga

AUTOR: Sharon Michelle Enríquez Ortega

DIRECTOR: Dr. Jorge Oña Rocha

IBARRA

2016

ACEPTACIÓN DE TUTOR

En calidad de Director de trabajo de grado, nombrado por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Educación, Ciencia y Tecnología.

CERTIFICO

Que, el presente informe final de trabajo de grado previo a la obtención del título de Psicóloga realizado por la señorita Sharon Michelle Enríquez Ortega, con el tema:

“REDUCCIÓN DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA A TRAVÉS DE TERAPIA RACIONAL EMOTIVA EN PACIENTES QUE PADECEN INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DIAL IBARRA, EN EL PERÍODO MARZO-JULIO 2016.”

Ha sido analizado y revisado, cumpliendo las exigencias estipuladas por las autoridades de la facultad.

Por lo tanto autorizo su presentación y sustentación.



Dr. Jorge Oña

DIRECTOR DE TESIS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN
A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto Repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad. Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	040151140-7		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Enríquez Ortega Sharon Michelle		
DIRECCIÓN:	Río Chinchipe 6-09 y Av. El Retorno		
EMAIL:	sharonpsico89@hotmail.com		
TELÉFONO FIJO:	2 954-453	TELÉFONO MÓVIL:	0995926873

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	REDUCCIÓN DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA A TRAVÉS DE TERAPIA RACIONAL EMOTIVA EN PACIENTES QUE PADECEN INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DIAL IBARRA, EN EL PERÍODO MARZO-JULIO 2016.
AUTORA:	Enríquez Ortega Sharon Michelle
FECHA: AAAAMMDD	2016/12/07

SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO
TITULO POR EL QUE OPTA:	Título de Psicóloga
ASESOR /DIRECTOR:	Dr. Jorge Oña Rocha

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, Sharon Michelle Enríquez Ortega, con cédula de identidad Nro. 040151140-7, en calidad de autora y titular de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

3. CONSTANCIAS

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que es el titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 07 días del mes diciembre de 2016.

LA AUTORA:



 Sharon Michelle Enríquez Ortega
 C.I: 040151140-7




UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

**CESIÓN DE DERECHOS
DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO
A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

Yo, **Sharon Michelle Enríquez Ortega**, con cédula de identidad Nro. **040151140-7**, manifiesto mi voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autora de la obra o trabajo de grado titulado: **REDUCCIÓN DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA A TRAVÉS DE TERAPIA RACIONAL EMOTIVA EN PACIENTES QUE PADECEN INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DIAL IBARRA, EN EL PERÍODO MARZO-JULIO 2016**; que ha sido desarrollada para optar por el Título de Psicóloga en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En mi condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, a los 05 días del mes de diciembre de 2016.


Sharon Michelle Enríquez Ortega
C.I: 040151140-7

DEDICATORIA

No todo en la vida llega de una manera sutil, a veces son necesarias las formas bruscas de cambio para darnos cuenta de lo capaces que podemos llegar a ser, no importa cuán difícil se haya puesto el camino, porque siempre hay motivos para recorrerlo y continuar en la constante lucha de la vida.

La constancia en este trabajo de grado se lo dedico principalmente a mi familia quien ha estado en cada una de las etapas de mi vida, alentándome, guiándome, velando por cada uno de mis logros, haciendo de mí una persona segura y combatiente.

Gracias a mi madre por enseñarme que la vida es un campo de batalla y ganan los que luchan con el corazón, a mis hermanas, Brenda, Aisha, a mi sobrino Johan y mi padre por ser fuente de motivación y personas irremplazables que siempre me han dado su amor.

SHARON M. ENRÍQUEZ O.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Técnica del Norte por brindarme la oportunidad de concluir mis estudios y permitir forjarme como una futura profesional.

Agradezco a los docentes de la Carrera de Psicología General por inculcar sus conocimientos potencializando mis capacidades, de sobremanera al Dr. Jorge Oña mi tutor por la paciencia y esmero puestos en la revisión de este trabajo.

Un agradecimiento a la señora Amparo de Caicedo Gerente General por abrirme las puertas de tan prestigiosa institución, por su apoyo en la ejecución de esta investigación, además a todos quienes forman parte del equipo personal, médicos, enfermeras, psicóloga, asistentes, por el respeto y colaboración en este proceso.

A los propios pacientes por su paciencia, constancia y apoyo para la elaboración de este proyecto con fines y por supuesto para la mejoría de su estado emocional, por ser personas luchadoras y merecedoras de bendiciones.

Por último y siempre importante a mi familia y amigos por manifestarme su deseo de verme alcanzar mis metas y superarme día a día.

SHARON M. ENRÍQUEZ O.

INDICE GENERAL

PORTADA.....	i
ACEPTACIÓN DE TUTOR.....	II
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	VII
INDICE GENERAL	VIII
INDICE DE ILUSTRACIONES	XIII
INDICE DE TABLAS	XIII
INDICE DE GRÁFICOS	XIV
INDICE DE ANEXOS	XV
RESUMEN	XVI
ABSTRACT.....	XVII
INTRODUCCIÓN	XVIII
CAPÍTULO I	1
1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1. Antecedentes	1
1.2. Planteamiento del problema.....	3
1.3 Formulación del problema	5
1.4 Delimitación.....	5

1.4.1. Unidades de observación	5
1.4.2. Delimitación espacial.....	5
1.4.3. Delimitación temporal	5
1.5 Objetivos.....	5
1.5.1. Objetivo general.....	5
1.5.2. Objetivos específicos	6
1.6 Justificación	6
CAPÍTULO II.....	7
2 . MARCO TEÓRICO.....	7
2.1 Fundamentación Teórica.....	7
2.1.1 Fundamentación psicológica.....	7
2.1.2. Fundamentación sociológica.....	8
2.1.4. Terapia Cognitivo-Conductual.....	9
2.1.5. Psicoterapia Cognitiva	9
2.1.6. Terapia Racional Emotiva.....	9
2.1.6.1. Sobre la personalidad.....	12
2.1.6.2. Aportes de otros autores.....	12
2.1.6.3. Principios básicos de la TREC.....	13
2.1.6.4. El pensamiento racional e irracional.....	14
2.1.7. Teoría del A-B-C	16
2.1.8. Las distorsiones cognitivas	19

2.1.9. Distinción entre emociones negativas apropiadas e inapropiadas	20
2.1.10. La teoría del cambio terapéutico.....	22
2.1.11. Depresión.....	23
2.1.11.1. Predisposición y desencadenamiento de la depresión	23
2.1.11.2. Impacto de la depresión en el curso de la enfermedad renal	24
2.1.12. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	25
2.1.12.1. Causas de enfermedad renal crónica.....	26
2.1.12.2. Tratamiento en Insuficiencia Renal Crónica.....	27
2.2 POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL.....	30
2.3 GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	31
2.4 INTERROGANTES DE INVESTIGACIÓN	35
2.5 MATRIZ CATEGORIAL.....	36
CAPÍTULO III.....	37
3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	37
3.1 Tipos de investigación	37
3.1.1 Investigación descriptiva	37
3.1.2. Investigación de campo:	37
3.1.3. Investigación documental:	37
3.2. Métodos de investigación	37
3.2.1. Método Inductivo-Deductivo:.....	37

3.2.2. Método Analítico-Sintético:.....	38
3.2.3. Método Clínico:	38
3.3 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN.....	38
3.3. Población.....	40
3.4. Muestra	40
CAPÍTULO IV.....	41
4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	41
4.1. Aplicación de la Escala de Hamilton para la depresión.....	41
4.2. Resultado general HAM-D	43
4.3. Resultado por ítems de la escala de Hamilton-depresión	44
4.4. Resultados de la historia clínica abreviada	48
CAPÍTULO V	55
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	55
5.1 Conclusiones.....	55
5.2 Recomendaciones	56
CAPÍTULO VI.....	57
6. PROPUESTA ALTERNATIVA	57
6.1 Título de la propuesta.....	57
6.2 Justificación e importancia	57
6.3 Fundamentación.....	58
6.4 Objetivos.....	59

6.4.1 Objetivo General.....	59
6.4.2 Objetivos Específicos.....	59
6.5 Ubicación sectorial y física.....	59
6.6. Desarrollo de la propuesta	60
6.6.1. Terapia Individual.....	60
6.6.2. Socialización Grupal.....	65
6.7. Impactos.....	68
6.7.1 Impacto psicológico.....	68
6.7.2 Impacto familiar.....	69
6.7.3 Impacto social	69
6.7.4 Impacto educativo.....	69
6.8. Difusión.....	69
6.9. Bibliografía	70

INDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Las 3 creencias irracionales básicas.....	16
Ilustración 2 Mapa del sector.....	59

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Edad	41
Tabla 2 Sexo	42
Tabla 3 Resultado general HAM-D	43
Tabla 4 Humor deprimido Pre-test	43
Tabla 5 Humor deprimido Post-test.....	44
Tabla 6 Sensación de culpabilidad Pre-test	43
Tabla 7 Sensación de culpabilidad Post-test.....	45
Tabla 8 Insomnio Pre-test	44
Tabla 9 Insomnio Post-test.....	46
Tabla 10 Síntomas somáticos Pre-test	45
Tabla 11 Síntomas somáticos Post-test.....	47
Tabla 12 Instrucción	48
Tabla 13 Ocupación	49
Tabla 14 Estado civil	50
Tabla 15 Otras enfermedades con diagnóstico médico.....	51
Tabla 16 Antecedentes de Insuficiencia Renal	52
Tabla 17 Sensaciones en el proceso de diálisis.....	53
Tabla 18 Registro de pensamientos automáticos	53

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Edad	41
Gráfico 2 Sexo	42
Gráfico 3 Resultado general HAM-D	43
Gráfico 4 Humor deprimido Pre-test	43
Gráfico 4 Humor deprimido Pos-test	43
Gráfico 6 Sensación de culpabilidad Pre-test	45
Gráfico 7 Sensación de culpabilidad Post-test.....	45
Gráfico 8 Insomnio Pre-Test	45
Gráfico 9 Insomnio Post-Test	46
Gráfico 10 Síntomas somáticos Pre-test	46
Gráfico 11 Síntomas somáticos Post-test.....	47
Gráfico 12 Instrucción	48
Gráfico 13 Ocupación	49
Gráfico 14 Estado civil	50
Gráfico 15 Enfermedades con diagnóstico médico	51
Gráfico 16 Antecedentes de Insuficiencia Renal	52
Gráfico 17 Sensaciones en el proceso de diálisis.....	53

INDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 Árbol de problemas.....	74
ANEXO 2 Matriz de coherencia.....	75
ANEXO 3 Instrumento de aplicación.....	76
ANEXO 4 Historia Clínica abreviada.....	79
ANEXO 5 Registro de pensamientos.....	80
ANEXO 6 Formulario para el análisis de ideas irracionales.....	81
ANEXO 7 Formulario para el establecimiento de metas en la TRE.....	82
ANEXO 8 Aplicación de Test.....	84
ANEXO 9 Intervención individual.....	85
ANEXO 10 Intervención grupal.....	86
ANEXO 11 Junto a la Gerente General de la Clínica Dial Ibarra.....	87
ANEXO 12 Tríptico para pacientes.....	88
ANEXO 13 Certificado de aceptación institucional.....	89
ANEXO 14 Certificado de veracidad de la información.....	90

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue la aplicación de técnicas de la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis, mediante las cuales se busca la mitigación de los síntomas depresivos que son más persistentes en la población que padece Insuficiencia Renal Crónica de la Clínica Dial Ibarra, misma institución que brinda los cuidados médicos y psicológicos a sus pacientes.

Debemos entender la enfermedad que se va a combatir por medio de esta Terapia, es decir la depresión, que es un conjunto de síntomas en el que predomina la afectación del estado afectivo-emocional, de esta manera aquejando a quienes la padecen, siendo algunos de sus síntomas los que interfieren en el área familiar, social, laboral, sexual.

De esta manera se destaca la necesidad de trabajar sobre dichos síntomas que acompañan a la enfermedad médica, deteniendo así su progresivo mal estar emocional además de las ideas erróneas que se producen a causa del padecimiento de la Insuficiencia Renal.

La intervención en ésta investigación se realizó desde la aplicación de reactivos psicológicos con la finalidad de valorar la sintomatología depresiva que más afectaba a la población, seguido de la entrevista psicológica plasmando toda la información conveniente en la historia clínica para posteriormente redireccionar y estabilizar su situación actual permitiendo el desarrollo de su capacidad de afrontamiento, además de mejorar la calidad de vida individual y social.

Por lo tanto se recomienda poner en práctica la propuesta investigativa con el afán de mantener un equilibrio mental y saludable en los pacientes renales.

ABSTRACT

The objective of this work was the application of techniques of rational emotive therapy Albert Ellis, which seeks the alleviation of depressive symptoms that are more persistent in the population that suffers from insufficient Renal Chronicle of the clinic Dial Ibarra, same institution that provides medical and psychological care to their patients.

We need to understand the disease that is going to fight through this therapy, i.e. depression, which is a set of symptoms which is dominated by the involvement of the afectivo-emocional State, thus afflicting those who suffer from it, being some of their symptoms that interfere in the area of family, social, labour, sexual.

Of this way is highlights the need of work on such symptoms that accompany to the disease medical, stopping so its progressive badly be emotional Besides them ideas erroneus that is produce because of the condition of the failure Renal.

The intervention in this research was carried out from the application of reactive psychological in order to assess the depressive symptoms affecting the population, followed by the psychological interviewing shaping the information convenient in the history then redirect and stabilize your current situation allowing the development of coping, as well as improving the quality of individual and social life.

Therefore it is recommended to put into practice the research proposal in an effort to maintain a mental and healthy balance in renal patients.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación procura abordar una de las problemáticas dentro de la Psicología de la Salud actual en relación a las enfermedades crónicas. Este estudio está orientado hacia el análisis del estado emocional que acompaña a la evolución de la enfermedad en personas que padecen insuficiencia renal crónica. El documento engloba el tema de investigación en seis capítulos.

Encontramos el problema de investigación, en el cual se plasman los antecedentes que se tiene sobre la relación de la Insuficiencia Renal con la sintomatología depresiva; partiendo de este capítulo se plantearon los objetivos de esta investigación que puntualizan las actividades que se llevaron a cabo para el desarrollo de este trabajo, lo que corresponde al Capítulo I.

Se diseñó la fundamentación teórica, sustentada con artículos, definiciones, investigaciones relacionadas a la problemática que fueron obtenidas de diferentes fuentes, concluyendo con el posicionamiento teórico personal en el mismo que se enfocó esta investigación; todo esto inmerso en el Capítulo II.

Conformado por la metodología, técnicas e instrumentos que contribuyen a la recolección de información, permitiendo ser utilizadas como herramientas que ayudaron a determinar los síntomas de la depresión y por medio de la historia clínica nos valimos para conocer los pensamientos, comportamientos y factores predisponentes que afectan al paciente y a su vez dar el cumplimiento de los objetivos propuestos en la investigación, esto lo integran el Capítulo III.

Se muestra el análisis e interpretación de los resultados obtenidos con los instrumentos aplicados a los pacientes de la Clínica Dial Ibarra que hicieron posible la realización de la investigación, demostrando a través de las tablas y gráficos estadísticos la confiabilidad y veracidad de la información, a partir de ahí se dio paso a la elaboración del Capítulo IV.

Se exponen las conclusiones a las que se llegó al finalizar la investigación y las respectivas recomendaciones de mucha importancia ya que dio la pauta de trabajo para tomar las disposiciones necesarias para la intervención psicológica, esto queda detallado en el Capítulo V.

Con el fin de brindar herramientas necesarias para la recuperación y mantenimiento de la salud mental se encuentra planteada la Propuesta Alternativa en el Capítulo VI.

La documentación finaliza con la bibliografía empleada y los anexos.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Antecedentes

Según la Organización Mundial de la Salud OMS, (2015).

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas. La depresión se manifiesta distinta a las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. (pág.14).

Brage y Meredith (2010) mencionan que:

Del 10 al 20% de las personas adultas presentan síntomas depresivos en algún momento de sus vidas. Estos síntomas se vinculan a trastornos de tipo afectivo que se ligan directamente a la alteración de la capacidad afectiva del individuo que es patente no solo en el caso de la tristeza, sino también en la incapacidad de dar afecto recibirlo de quienes nos rodean. Tenemos entonces que la depresión puede ser interpretada por una alteración de la capacidad para captar, sentir y manifestar afectos. (pág.10).

Cleghorn (2011), considera que:

Pese a que la depresión es una de las enfermedades mentales más comunes, también es cierto que 90% de la población lo puede tratar de manera eficaz y que tiene una duración relativamente corta, que puede durar semanas o meses y en sus casos más extremos quizás un año o más, aunque en un 30% de los sujetos se puede llegar a establecer una depresión crónica con graves consecuencias.

Sin embargo en pacientes con enfermedad renal crónica, puede estar más vigente porque el solo hecho de verse afectado por una enfermedad degenerativa y mortal causa un impacto en la mente del paciente que debe ser contenido pues se corre el riesgo de que al cuadro del paciente se le sume un cuadro depresivo que minara sus posibilidades de adaptarse o de curarse.

La cuestión psicológica es una de las áreas que se suelen dejar de lado cuando se le brinda atención médica a un paciente renal, pues, por mantener funcionando el cuerpo del paciente es común que se descuide la parte psicológica de la persona, es por ello que los pacientes no logran adaptarse al padecimiento de una enfermedad crónica desarrollando síntomas somato psíquicos como debilidad, dificultad de concentración, depresión, letargo, ansiedad y otras emociones negativas que son características habituales en pacientes con enfermedades crónicas pero que se pueden agravar con relativa facilidad.

Cuando una persona padece una enfermedad como la insuficiencia renal, sin importar el momento de la enfermedad en que el paciente se encuentre es importante hablar con ellos sobre cuáles son sus pensamientos, sus temores y su sentir general. Hay que conocer sus deseos de tratamiento y en la medida de lo posible respetarlos, por tal razón es importante recordar que los seres humanos somos seres biopsicosociales, es decir que nuestra salud no solo depende de los médicos, también se recarga en nuestra salud mental y en las redes de apoyo que nos cuidan.

Respecto a investigaciones fuera de nuestro país, una investigación de la Universidad Pedro de Gante menciona: “La Terapia Racional Emotiva es efectiva en el tratamiento de la depresión. La TRE les dio a los pacientes las habilidades de afrontamiento cognitivo para plantear su situación desde una perspectiva en la que no se sientan acorralados y les dio posibilidades de diversas alternativas.

Borbolla, (2009), menciona que:

Uno de los papeles del psicólogo está en plantearle al paciente una serie de alternativas de solución diferentes a las que ha venido planteando y que aparentemente lo colocan en una situación sin salida. El darle otras alternativas le demuestra al paciente que lo que está haciendo hasta el momento no es lo único que puede hacer. Otro de los papeles del psicólogo es el escuchar el problema del paciente y estructurarlo dentro de un marco coherente que le permita a él mismo analizarlo y comenzar a establecer soluciones viables dependiendo del peso emocional y objetivo que determine.

Por otra parte un estudio realizado por Mayorga, (2014);

Dentro del país un estudio con adultos con Insuficiencia Renal Crónica hace referencia que: Las herramientas que se emplearon para las intervenciones psicológicas fueron diseñadas en base a Terapia Racional Emotiva de Ellis que favorecieron a la aceptación y adaptación positiva

logrando mayor seguridad, optimismo, colaboración y adherencia al tratamiento, durante el cual se trabajaron pensamientos disfuncionales con respecto a la estimación de sí mismos y a la enfermedad, por interpretaciones más realistas y lógicas que permitieron una mejor percepción del sentido de vida, así mismo evaluar lo malo, identificar pensamientos incoherentes, métodos visuales activos, historias y frases racionales, como también disputar creencias irracionales y lo más esencial implantar el ABC; estas técnicas aplicadas se adaptaban a las situaciones de los pacientes.

(Calderón, 2010), en su tesis refiere que, a través de la investigación realizada se logró conocer que las patologías crónicas en este caso la Insuficiencia Renal Crónica y su tratamiento: la hemodiálisis, inciden en la alteración del estado de ánimo como: “Estados depresivos reactivos. - Alteraciones del carácter. - Modificaciones cognitivas: Ideas irracionales, visión en Túnel, discurso catastrófico, desvalorización, desvalimiento, incomodidad por alteración de la cotidianidad, falta de confianza en el tratamiento, miedo y resistencia al tratamiento”.

Toda esta sintomatología está relacionada con la angustia primaria, actualización del enfrentamiento con la muerte, por tanto la utilización de la Terapia Cognitiva ayuda a que el paciente identifique sus pensamientos disfuncionales, los confronte en la realidad, y finalmente elabore técnicas de respuesta más adaptativa.

1.2. Planteamiento del problema

En la Clínica Dial Ibarra se ha logrado evidenciar en los pacientes que se encuentran en tratamiento de hemodiálisis que su enfermedad genera situaciones conflictivas en sus vidas, no les permite adaptarse y mantener estabilidad frente a su condición médica.

El proceso que llevan a cabo es una etapa que produce de forma inevitable alteración en su estado de ánimo, provoca en ellos de inicio incertidumbre a medida que aumenta tu sintomatología orgánica. La intensidad de las reacciones emocionales varía de un paciente a otro dependiendo del valor cognitivo que confronte al impacto de la enfermedad renal que va relacionada con el miedo a empeorar o no soportar la hemodiálisis.

Para algunos en cambio existe la posibilidad de un trasplante renal que trae consigo cambios mucho más significativos a su estilo de vida como dieta estricta, toma de medicamentos de por vida y una tajante restricción de líquidos; todo lo anterior tiene implicaciones en el paciente ya que hace frente a una enfermedad crónica y progresiva desde las limitaciones alimentarias hasta los cambios en las relaciones sociales, familiares, laborales e incluso en el aspecto físico, están estrechamente relacionados con la aparición de trastornos emocionales en estos pacientes, lo que afecta indudablemente la calidad de vida concerniente con la salud que no solo viene a ser

física sino también psicológica, por lo manifestado es relevante para ser estudiado, debido a la creciente incidencia y prevalencia de las enfermedades de este tipo.

Orellana y Mungía, (2008); señalan que:

La depresión es la condición psicopatológica más común entre los pacientes con enfermedad renal terminal o insuficiencia renal crónica (IRC), aun así es poco diagnosticada y pasa desapercibida. La depresión puede ser tomada como una respuesta a la pérdida, sea esta real, anticipada o una fantasía. (pág.10).

Los pacientes con insuficiencia renal o que reciben algún tipo de terapia renal sustitutiva enfrentan o han pasado por muchas pérdidas, como ser su trabajo a tiempo completo, lo cual representa un problema de índole económico, la función renal normal, el rol en la familia, la función sexual, el tiempo, la movilización, todos estos factores influyen en la disminución de la calidad de vida del paciente y consecuentemente tiene un impacto negativo entre los que padecen esta enfermedad.

A esto le podemos agregar estresores que irán apareciendo como ser, los efectos de los medicamentos, las limitaciones dietéticas, el miedo a la muerte y la dependencia al tratamiento.

El caso de la insuficiencia renal crónica (IRC) presenta unas características que la hacen sumamente adversa; Mok y Tam, (2001) señalan:

Que estos pacientes se encuentran sujetos a múltiples estresores fisiológicos y psicosociales y a cambios potenciales en su estilo de vida. Además, sugieren que la enfermedad renal crónica produce problemas en los cuales la amenaza constante de muerte y el carácter restrictivo del tratamiento se hacen presentes; los pacientes deben enfrentarse a interrupciones potenciales en el estilo de vida y cambios psicosociales, efectos sobre el concepto y confianza en sí mismo, así como cambios en los roles dentro de la familia.

Para Calderón, (2010); toda esta situación descrita anteriormente les resulta a los pacientes totalmente desconocida por lo que genera en ellos estados de ansiedad, miedo, angustia que podría desembocar en una depresión, a eso se suma la construcción de ideas irracionales que pueden agravar el cuadro, las mismas que se dan por la forma inadecuada en que llega la información al paciente sobre su patología y tratamiento (hemodiálisis), estas ideas infundadas podrían ser trabajados desde la línea cognitivo conductual, con la visión de Ellis, por cuanto el autor propone técnicas cognitivas conductuales que permiten desestructurar los pensamientos erróneos que entorpecen y retardan el proceso de recuperación, con la utilización de estas técnicas si es que el paciente requiere de una nueva hospitalización, esta ya no le resultará tan

traumática, a diferencia de que si no tuviera una adecuada intervención por parte del psicólogo. (pág.6).

En la unidad de diálisis se demuestra la necesidad de atención médica tanto como psicológica puesto que es un campo poco explorado dentro de la rama de la Psicología, en este caso enfocándose en la sintomatología depresiva asociada a ideas irracionales, sentimientos de culpa, bajo estado de ánimo, síntomas somáticos constantes en la población insuficiente renal crónica, lo que da lugar a cambios cognitivo- conductuales y una visión negativa de cara a su realidad y su futuro.

1.3 Formulación del problema

¿Cuál es el efecto que conlleva la aplicación de Terapia Racional Emotiva como técnica en pacientes con síntomas depresivos que padecen Insuficiencia Renal Crónica de la Clínica Dial Ibarra?

1.4 Delimitación

1.4.1. Unidades de observación

La investigación se realizó en pacientes que tienen como característica común el tratamiento en hemodiálisis, de edades que oscilan entre los 24 a 70 años y diferente situación socio-económica que acuden a la Clínica Dial-Ibarra.

1.4.2. Delimitación espacial

La Clínica Dial Ibarra está ubicada en las calles Juan José Páez 2-71 y Abelardo Morán Muñoz en la ciudad de Ibarra-Ecuador. Lugar donde se efectuó la mencionada investigación.

1.4.3. Delimitación temporal

Durante el período comprendido entre Marzo – Julio de 2016.

1.5 Objetivos

1.5.1. Objetivo general

- Reducir los síntomas depresivos en pacientes que padecen Insuficiencia Renal Crónica por medio de la aplicación de Terapia Racional Emotiva.

1.5.2. Objetivos específicos

- Determinar el nivel de depresión de los pacientes a través de indicadores de la Escala de Hamilton para la depresión.
- Establecer los estados emocionales que se manifiestan en el transcurso de la enfermedad médica por medio de la aplicación de la Historia Clínica breve como un recurso para la obtención de información concreta.
- Complementar la Terapia Racional Emotiva a través de sesiones grupales con la muestra establecida.

1.6 Justificación

Con el presente trabajo de investigación, lo que se enfatizó fue lograr una superación integral a través de la aplicación de las ciencias psicológicas fundamentadas en base al estudio cognitivo-conductual, para contrarrestar los síntomas patológicos en las personas que padecen de insuficiencia renal crónica. En la actualidad los casos de insuficiencia renal crónica han ido avanzando considerablemente, cada vez son más.

El paciente atraviesa por distintas etapas que le generan mal estar físico y emocional, el físico propio de su condición y emocional en cuanto a sentimientos de inferioridad, ideas de muerte, ira, frustración, bajo estado de ánimo, situaciones que repercuten en su adherencia al tratamiento y la adecuada organización en sus hábitos; por tal motivo es necesario aplicar técnicas de terapia racional emotiva que ayude a disminuir o erradicar por completo estos síntomas que presentan los pacientes que padecen esta enfermedad.

Para pacientes de esta índole el llevar a cabo sesiones de diálisis durante tres días a la semana por tres horas ya es un factor estresante y que conlleva a sentirse deprimidos puesto que afecta a su vida familiar por los cuidados y apoyo que se requiere, abandonar el trabajo, habituarse a una nueva alimentación, entre otros. La importancia de implementar esta terapia radica en obtener un cambio en su estilo de vida, permitiendo al paciente una mejor adaptación al entorno familiar y social, además de asegurar un adecuado enfrentamiento a la realidad. La Terapia Racional Emotiva se convierte en una parte esencial en la salud, resulta ser una técnica muy útil para que los pacientes con enfermedades crónicas tengan una mejor percepción y den sentido y valor a su vida.

CAPÍTULO II

2 . MARCO TEÓRICO

2.1 Fundamentación Teórica

2.1.1 Fundamentación psicológica

Elementalmente la propuesta de la Terapia Racional Emotiva se basa en que pensamientos, sentimientos y conductas actúan de forma integrada en el individuo, y que la perturbación emocional proviene de la evaluación que hacemos de hechos frustrantes, según como los estamos percibiendo.

De igual manera (Incer, 2009)

“La forma funcional y práctica de pensar y evaluar lo que nos sucede, lo ha llamado pensamiento racional y a la forma contraria, es decir, cuando nos comportamos de una forma poco funcional, y práctica debido a la evaluación que damos a los hechos, lo ha llamado pensamiento irracional” (pág.7).

Por ende, las personas están ligadas al pensamiento irracional; ya que muchas de las veces no evalúan los acontecimientos y se genera cualquier tipo de conflicto que puede llegar a manifestarse con ideas dañinas y emociones que afecten el estado de ánimo y la salud.

Ellis, (1993); alude que: “los seres humanos son animales creadores de signos, símbolos y lenguaje que tienen cuatro procesos fundamentales: percepción, movimiento, pensamiento y emoción. Todas ellas se encuentran interrelacionadas por necesidad”.

Se puede mencionar que una idea irracional generada por su condición médica proporciona consecuencias en su comportamiento y estado emocional, limita a la persona al entendimiento afectando de manera considerable el normal desenvolvimiento social, laboral y familiar, dando como resultado la depresión.

Por tal razón, Zimbardo & Gerrig, (2005) señalan que “la terapia racional – emotiva busca incrementar el sentido de auto-valía del individuo y su potencial para auto-realizarse al deshacerse de los sistemas de falsas creencias que bloquean su crecimiento personal” (pág.526).

Se puede deducir que la persona al encontrarse con una autoimagen baja no solo se auto limita con su desarrollo personal sino que afecta a sus potencialidades que antes se encontraban estables; por esta razón, la terapia racional emotiva intenta cambiar las ideas negativas del ser humano para que encuentre un equilibrio satisfactorio, y éstas no interfieran en su cotidianidad.

2.1.2. Fundamentación sociológica

De acuerdo con Minici, Rivadeneira, & Dahab, (2001)

En 1960 Albert Bandura pone énfasis en la Teoría del Aprendizaje Social; en la cual manifiesta que el aprendizaje no se produce por medio de la experiencia directa y personal, sino que, la observación de otras personas así como la información recibida por medio de símbolos verbales o visuales que constituyen variables críticas. A partir de ello, por la misma época comienza a estudiar los pensamientos, diálogos e imágenes internas, creencias, supuestos que son llamados modelos cognoscitivos. (pág.21)

2.1.3. Fundamentación filosófica

Según Hernández & Sánchez, (2007)

La historia de la cognición se inicia en los primeros planteamientos de la filosofía, por cuanto los primeros filósofos se dedicaban básicamente a intentar explicar la naturaleza del mundo y del ser humano; con lo que la búsqueda del conocimiento en aquellos tiempos pretendía ser útil para mejorar la calidad de vida en quienes estaban siendo educados. ”. (p.30).

Filósofos orientales y occidentales se dedicaron al estudio y a la comprensión de la naturaleza humana, y específicamente a sus malestares emocionales; esto es, a tratar de entender como las perturbaciones emocionales surgían de la forma en que pensaba la gente y de cómo el entendimiento y la comprensión podrían ser un instrumento para recuperar su estabilidad emocional.

Desde aquella época, los maestros estaban preocupados por los problemas psicoemocionales del ser humano, y planteaban que estos problemas que impedían el desarrollo normal como seres humanos, se originaban en lo que ahora es “cognición. Partiendo de épocas antiguas los maestros filósofos le dieron gran importancia al ser humano y como influían los problemas emocionales en su conducta, en la visión que estos provocaban sobre sus vidas. Se

pretendía entender el curso natural y a la vez desordenado de los malestares que tenía la gente y perturbaba su consciente.

2.1.4. Terapia Cognitivo-Conductual

Es la reseña aplicada para algunas terapias que están basadas en diferentes modelos, pero como factor común entre ellas es el interés en la modificación del paciente en su ámbito cognoscitivo. Usando procesos usados en la terapia conductual.

Como menciona Reynoso & Seligson Nisenbaum, (2005)

La terapia cognitivo conductual es una forma de tratamiento basada en evidencia experimental que se orienta hacia el problema, generalmente de corta duración, se encuentra basada en hallazgos de investigación y procura que las personas realicen cambios y alcancen metas específicas. Las personas pueden aprender nuevas formas de actuar, aprender a expresar sentimientos, formas de pensamiento, de desarrollo y de afrontamiento. (pág.12).

2.1.5. Psicoterapia Cognitiva

Riso, (2011) en su libro Fundamentos Teóricos y Conceptuación del curso clínico refiere:

Los modelos cognitivos se basan en que las ideas contraproducentes que intervienen en el individuo de manera exacerbada provocan cambios en el estado de ánimo o comportamientos; el rol del terapeuta es ayudar a los pacientes a modificarlos mediante la aplicación de la evidencia y la lógica:

La terapia cognitiva es una psicoterapia estructurada y de resolución de problemas, donde se integran la intervención clínica directa del problema (terciaria) con la intervención secundaria (prevención) y primaria (promoción) y que utiliza procedimientos cognitivos, comportamentales y experimentales para modificar fallos en el procesamiento de la información en distintos trastornos psicológicos. (pág. 26).

2.1.6. Terapia Racional Emotiva

La teoría de la Terapia Racional Emotivo – Conductual fue formulada por Albert Ellis PhD, en 1956, en Chicago, durante un Congreso de la American Psychological Association..

Básicamente la propuesta de la TREC es que pensamientos, sentimientos y conductas actúan como de forma integrada en el individuo, y que la perturbación emocional proviene, no de los hechos en sí, sino de la evaluación que hacemos de esos hechos, según los estamos percibiendo.

Por lo tanto, si ocurre algo que no nos gusta y por lo tanto lo evaluamos como malo (cognición), nos sentiremos mal al respecto, ya sea enojados/as, o tristes (sentimientos) y haremos algo al respecto, llorar o evitar la situación (conducta).

Muchos de los aspectos filosóficos de la terapia racional emotiva proceden del pensamiento de los filósofos estoicos griegos y romanos, y de pensadores orientales budistas y taoístas. También se halla de acuerdo con ideas del moderno neo-racionalismo, que aplica la lógica y la razón a la ciencia. Así mismo se halla de acuerdo con diferentes aspectos del existencialismo moderno.

Sin embargo, Navas, (2010); considera que:

Al ser humano, como un individuo capaz de comportarse racional e irracionalmente. Y solamente cuando actuamos y pensamos de manera racional, es cuando en verdad nos sentimos felices y efectivos. Tenemos entonces, que la orientación racional emotiva está compuesta de una teoría de personalidad, un sistema filosófico y una técnica para el tratamiento psicológico. (pág.6).

A la forma funcional y práctica de pensar y evaluar lo que nos sucede, Ellis lo ha llamado “pensamiento racional” y a la forma contraria, es decir, cuando nos comportamos de una forma poco funcional, y práctica debido a la evaluación que damos a los hechos, lo ha llamado “pensamiento irracional”.

Es importante aclarar que algo será “racional” o “irracional” en tanto la persona evalúe los hechos como perjudiciales emocionalmente para él o ella, no para el/la terapeuta, en tanto esos pensamientos no le permitan conseguir sus metas y le causen perturbación emocional: ansiedad, depresión, enojo excesivo, etc. O sea, que las emociones sean las que manejen a la persona y no la persona la que maneje a sus emociones.

Cuando se dice que las emociones manejan a las personas, se quiere decir, que el individuo se enoja, se deprime o se angustia, de forma que no le permite sentirse bien, no le permite lograr

sus objetivos, lo inmoviliza emocionalmente, le produce consecuencias negativas en sus relaciones laborales, interpersonales, académicas, en la familia, en la pareja e incluso consigo mismo.

Un enfoque de la psicología que ha dado su contribución al desarrollo de la TREC ha sido el del psicoanálisis, teniendo a dos figuras importantes, una de ellas Horney, K. (1950), quien identificó y escribió acerca de la *tiranía de los debería* como elemento medular en la perturbación emocional.

Adler, A. (1927), quien se interesa en la relación entre la descalificación y devaluación que hacen las personas hacia ellas mismas y la ansiedad, así como en el uso de un método cognitivo – persuasivo (utilizando la acción – dirección) en el tratamiento psicológico.

En la TRE, Albert Ellis (1961) asume que la gente aprende a reaccionar ante las creencias irracionales desarrolladas durante su vida, que el aprendizaje y cambio cognitivo se presenta antes de las reacciones emocionales, y que los pensamientos irracionales pueden ser cambiados mediante confrontar las ideas y creencias de las personas.

Neenan, (2008); asegura que:

Las aplicaciones en la TRE como alternativa de intervención y la publicación de estudios de caso sobre síndromes específicos como la depresión continúan en trabajos publicados como en el de Palmer y Gyllensten (2008). En este trabajo se aplican técnicas de la TRE para un paciente que sufría de depresión y de procrastinación.

La Terapia Racional Emotiva Conductual tiene una función clara, tal como afirma Sarason (2006) en su libro *Psicopatología anormal*, el problema de la conducta inadaptada, donde hace referencia a Ellis y Dryden (1977): las personas han de cuestionar sus creencias fundamentales (en la mayoría de casos, irracionales), para después sustituirlas por otras más constructivas (racionales).

La TREC no solamente se ha aplicado en el campo clínico sino que existen varios escritos sobre la intervención en los ámbitos laboral y educativo. Una psicoterapia que brinda muchas oportunidades en el estudio sobre el ser humano, las emociones, el pensamiento y la salud mental.

2.1.6.1. Sobre la personalidad

La terapia racional emotiva pone gran énfasis en los valores humanos y sostiene que lo que llamamos personalidad consiste en gran medida en creencias, constructos o actitudes; y que los seres humanos tienen la tendencia a funcionar más saludablemente cuando mantienen valores racionales o de bases empíricas y que se sienten perturbados con metas perfeccionistas o absolutistas.

2.1.6.2. Aportes de otros autores

Como figuras importantes que forman parte de la creación de la Terapia Racional Emotiva destacan Karen Horney y Alfred Adler, haciendo hincapié en sus principales premisas.

Adler, (1946). En *El Sentido de la Vida*, expresó estas tareas dentro del contexto de tres restricciones que todos debemos enfrentar. En primer lugar, dijo, porque vivimos en un planeta pequeño con pocos y preciados recursos, cada uno tiene la responsabilidad de trabajar constantemente, para mejorar nuestra vida y la de todos en este planeta. En segundo lugar, ninguno de nosotros es el único habitante de la tierra, y nuestras deficiencias hacen imposible sobrevivir sin la ayuda y compañerismo de los demás seres humanos.

Y en tercer lugar, la preservación de la humanidad depende también de la procreación exitosa. “Las experiencias no son la causa de éxito o fracaso”, escribió en su libro *El Sentido de la Vida en 1931*. “No estamos determinados por nuestras experiencias, sin embargo estamos determinados por el significado que les damos, y cuando tomamos determinadas experiencias como la base de nuestra vida futura, estamos casi seguros de equivocarnos en cierto grado.

Los significados no son determinados por las situaciones. Nos determinamos a sí mismos por el significado que les damos a las situaciones”. Cuando la gente antepone significados erróneos en los ámbitos del trabajo, la sociedad y las relaciones íntimas, surgen los problemas.

Adler, se refiere a estilos de enfocar la vida basada en las expectativas que tenemos de los demás y el mundo. Seleccionamos estas expectativas de nuestras interpretaciones en experiencias de la vida e influencias. Estas pueden incluir creencias tales como “el trabajo arduo remunera”, o “la vida es injusta”, o quizás en el caso de alguien que fue abusado durante

su infancia, “el mundo es un lugar duro y peligroso”. Estos estilos o modos, tienen un efecto de largo alcance en nuestra capacidad para cooperar con los demás.

Lardiés, (2008), en su blog Vida emocional, manifiesta lo siguiente acerca de la Tiranía de los debería:

La tiranía de los deberías de Karen Horney. La noción de Horney, la tiranía de los deberías (shoulds), es tal vez la más útil de las teorías citadas, cuando se trata de explicar la dinámica del perfeccionismo. En *The Neurotic Personality of Our Time* (La Personalidad neurótica de nuestros tiempos), Horney declara que el perfeccionismo nace como un modo de hacer frente con éxito, adoptado por niños que desgraciadamente tienen que "luchar contra la acción de padres neuróticos", incapaces de procurar el reforzamiento y la aprobación que los niños necesitan para desarrollar un sentido positivo de su personalidad.

Esos niños privados de reforzamiento no sólo experimentan una profunda duda acerca de sí mismos sino también una ansiedad y una hostilidad intensa, y las reprimen porque tienen miedo a la represalia. Esos sentimientos "malos" se vuelven hacia dentro, contra la misma persona del niño y, puesto que los niños identifican sentirse mal con ser malo, generan una autopercepción de "no suficientemente buenos". Sintiendo sin ayuda e intimidado frente a sus padres, percibidos al mismo tiempo como todopoderoso y hostil, tales niños aprenden a acomodarse.

Más exactamente, la acomodación toma forma en el desarrollo de una personalidad mejor o idealizada, para reemplazar la real que ha sido juzgada "insuficientemente buena". Para lidiar con hondos sentimientos de inferioridad, crean inconscientemente una imagen glorificada de sí mismos que enriquecen con poderes.

2.1.6.3. Principios básicos de la TREC

De acuerdo con Almansa, (2011); los principios básicos de la TREC son:

1. La cognición es el determinante más importante y accesible de la emoción humana. De manera sencilla, sentimos lo que pensamos. No son las circunstancias ni los demás los que nos hacen sentir como sentimos, sino es nuestra manera de procesar estos datos, seamos o no conscientes de ello.

2. Para cambiar nuestra perturbación emocional, para mejorar nuestros problemas emocionales y conductuales, debemos cambiar nuestros esquemas disfuncionales de pensamiento.
3. Los esquemas disfuncionales de pensamiento son causados por factores múltiples, que incluyen causas genéticas, biológicas y las influencias ambientales. Los humanos tiene una natural tendencia a desarrollar esquemas disfuncionales de pensamiento, aún en los ambientes más favorables.
4. Aunque la herencia y el ambiente sean importantes en la adquisición de los esquemas disfuncionales de pensamiento, la gente mantiene sus esquemas disfuncionales por auto adoctrinamiento o repetición de sus creencias irracionales. La causa más próxima de perturbación emocional es la adherencia actual a las creencias irracionales, más que la forma en que fueron adquiridas en el pasado. Si las personas reevaluaran su pensamiento y lo abandonararan, su funcionamiento actual sería muy distinto.
5. Las creencias actuales pueden ser cambiadas aunque tal cambio no sea fácil. Las creencias irracionales pueden cambiarse mediante esfuerzos activos y persistentes para reconocer, desafiar y revisar el propio pensamiento. El Dr. Albert Ellis utilizó un modelo sencillo que llamó el "ABC" para explicar didáctica y básicamente su teoría. (pág. 4)

2.1.6.4. El pensamiento racional e irracional

La persona es un organismo psicosocial, porque busca construir y alcanzar metas, valores mediante los cuales intenta aportar un significado a su vida, pues permanentemente están relacionadas con la búsqueda de la felicidad y con permanecer vivos.

Para Gabalda, (2007), el modelo de Ellis “lo racional significa aquello que es verdadero, lógico, pragmático, basado en la realidad; por tanto, facilita que la gente logre sus metas y propósitos”

Es decir, son datos que ingresan con mayor exactitud y ayudan al individuo a centrarse de mejor manera en lo que proyectan conseguir, estos se caracterizan por:

- Establecer o elegir ciertos ideales, metas, valores y propósitos básicos.

- Utilizar una forma eficiente, científica, lógico- empírica, de lograr esas metas y valores, evitando consecuencias contradictorias y perjudiciales.

En tanto que; la conducta irracional consta de los siguientes aspectos:

- El individuo cree, la mayoría de las veces de forma muy firme, que está ajustado a lo que es real o no.
- Las personas que presentan una conducta irracional suelen rebajarse o no aceptarse a ellas mismas.
- Interfiere con nuestro funcionamiento satisfactorio dentro de nuestros grupos de referencia.
- Bloquea, de forma muy clara, lograr el tipo de relaciones interpersonales que nos gustaría tener.
- Impide que trabajemos de forma madura y productiva.
- Interfiere con nuestros mejores intereses en muchos campos. (p.95).

Entonces para; Caballo, Ellis y Lega, (1999)., la propuesta de este enfoque es que esos “debo de” y “tengo que” rígidas agrupadas dentro de la tríada cognitiva, conllevan a tres conclusiones irracionales nucleares, que son creencias evaluativas llamadas **inferencias**, y son tremendismo, baja tolerancia a la frustración y condenación

En una forma más detallada sería:

1. Tremendismo: Se tiende a resaltar en exceso lo negativo de un acontecimiento, a percibirlo como más de un 100% malo, es pensar que las cosas no deberían ser tan malas como están saliendo.

2. Baja tolerancia a la frustración o No lo puedo soportar: Es la tendencia a exagerar lo insoportable de una situación, y de ahí la calificación de lo insufrible que resulta estar pasando por esa situación; por eso también se experimenta la sensación de que no se puede ser feliz bajo ninguna circunstancia. Ya sea que la situación presente la probabilidad de presentarse: “si tal cosa ocurre es insoportable, terrible, horrible”; o bien si no hay probabilidad de que se presente: “si tal cosa no ocurre, es insoportable, terrible, horrible”.

3. Condenación: Tendencia a evaluar como “mala”, la valía de alguien como persona, o de uno mismo, como resultado de la conducta individual. Es pensar que alguien vale como persona (amigo/a, familiar, pareja) con base en lo que la persona hizo o dejó de hacer, de acuerdo a las demandas que se tengan. Ejemplo: si la pareja no hizo lo que le pedí, como se suponía que debería de haberlo hecho, no es la pareja que yo pensaba, y me decepcionó. O si hizo algo que no debió haber hecho, no es lo que yo pensaba y me decepcionó. Esta condena se aplica al mundo y a la vida en general.

Ellis (1977) sintetiza las creencias irracionales en tres:

Ilustración 1 Las 3 creencias irracionales básicas

LAS 3 CREENCIAS IRRACIONALES BÁSICAS	
Con respecto a:	Idea irracional
Uno mismo	“Debo hacer las cosas bien y merecer la aprobación de los demás por mis actuaciones”.
Los demás	“Los demás deben actuar de forma agradable, considerada y justa”.
La vida o el mundo	“La vida debe ofrecerme unas condiciones buenas y fáciles para que pueda conseguir lo que quiero sin mucho esfuerzo y comodidad”.

Fuente: Ellis, (1977)

Elaborado por: Sharon M. Enríquez Ortega

2.1.7. Teoría del A-B-C

Para reconocer con eficacia las emociones y conductas que pueden presentarse como negativas, ligeras, fuertes inapropiadas o apropiadas; lo principal es poner énfasis en los

pensamientos, es decir todo lo relacionado con las creencias e imágenes que disparan de un acontecimiento y estas son interpretadas de forma racional o irracional.

Por este motivo, Ellis citado en (Shepard, 1986, pág.72) resumió su teoría que denominó el "ABC" recordando que "entre A y C siempre está B"; en la que se detalla a continuación:

A) Los acontecimientos activantes

Es el suceso o situación que puede ser externo o interno; generadas por las experiencias en el entorno.

B) Las creencias

Significa la consecuencia o reacción ante "A" (hechos). Es decir, es la creencia o la interpretación que realizamos ante cualquier suceso; aquí predominan las creencias racionales e irracionales. Por ende, el individuo puede interpretar su realidad de forma objetiva y percibida; ya que en la primera se puede confirmar y probar a través de los hechos y con sustentos verídicos; en la segunda describe la persona como supuestamente cree que es, cómo está evaluando la situación.

C) Las consecuencias

Es el sistema de consecuencias emocionales y conductuales que causan ante determinados hechos activadores. Cabe mencionar, que no todas las emociones son inapropiadas, ya que estas son muy útiles en la vida diaria, y son parte de la supervivencia. Es por ello, que las disfuncionales se consideran dañinas y no permiten conseguir las metas propuestas, además puede tener como consecuencia un comportamiento nocivo para sí mismo.

Según Caballo, Lega y Ellis; “El poder diferenciar una emoción perturbadora, de una no perturbadora es uno de los aspectos más importantes, ya que implica un objetivo claro que se plantea a nivel terapéutico y es transformar el sufrimiento en emociones que, aunque negativas, sean apropiadas y adaptativas”. (pág.3).

Estas consecuencias pueden ser:

- Emociones apropiadas: preocupación, tristeza, enojo, pesar, frustración.
- Emociones inapropiadas: ansiedad, depresión, enojo excesivo y peligroso, culpa y vergüenza

D) Debate

Se refiere a la confrontación terapéutica, que realiza el individuo frente a las creencias o ideas irracionales, de igual manera; a los acontecimientos activadores que llevan hacia las conductas y emociones negativas generadoras de inestabilidad.

E) Respuestas racionales

Representa los cambios emocionales y conductuales que se genera través de la forma de pensar y comportarse ante la adquisición de nuevas creencias. Consecuentemente la clave de todo el modelo TRE se fundamenta en los hechos activadores, pensamientos y consecuencias; por lo tanto, todas estas fases expuestas ayudaron a los pacientes a aclarar sus pensamientos que causan disfuncionalidad e impedimentos para mantenerse en armonía y con tranquilidad.

Entre los principales conceptos de la obra de Ellis (1962-1981-1989-1990) están:

1. Metas y Racionalidad:

Los hombres son más felices cuando se ponen metas y se esfuerzan por alcanzarlas racionalmente, las principales metas humanas se pueden englobar en: a) supervivencia, b) felicidad, c) aprobación, d) éxito, competencia y bienestar físico.

En este punto Ellis destaca la fuerte concepción filosófica de su terapia donde los humanos son seres propositivos en búsqueda de metas personales, que constituyen a su vez la filosofía personal de cada cual.

2. Cognición y Procesos Psicológicos:

- a) Pensamiento, afecto y conducta están interrelacionados, afectándose mutuamente.

b) Los principales componentes de la salud y los trastornos psicológicos se encuentran a nivel del pensamiento, a nivel cognitivo. Estos componentes determinantes son:

-Las creencias irracionales (exigencias) en los procesos de trastorno psicológico.

-Las creencias racionales (preferencias) en los procesos de salud psicológica.

3. Énfasis Humanista Filosófico del modelo:

a) Las personas en cierto modo, sufren para defender filosofías vitales centradas en perseguir sus metas personales de modo exigente, absolutista e irracional.

b) Las personas son más felices, de modo general cuando persiguen sus metas de modo anti-exigente, anti-absolutista e irracional.

Ahora bien esas metas podrán ser perseguidas de modo racional produciendo un “procesamiento de información absolutista” y consecuencias psicológicas trastornantes, a bien siguiendo un “procesamiento de información preferencial Campel (1990), y consecuencias emocionales saludables.

4. Naturaleza de la salud y las alternativas psicológicas:

Luzuriaga, (2010); el trastorno psicológico deriva de “las creencias irracionales”. Una creencia irracional se caracteriza por perseguir una meta personal de modo exigente, absolutista y no flexible. A partir de esto Ellis plantea tres tipos de creencias que vuelven vulnerable a la persona de padecer un posible trastorno emocional.

2.1.8. Las distorsiones cognitivas

Cuando la idea es percibida como errónea, ésta ingresa en el procesamiento de la información; y por ende se asocia a las creencias desadaptativas o no se ajusta al entorno; puede influenciar en la conducta y el estado emocional.

Por lo tanto, Paula, (2007), asegura que: Ellis al igual que Beck asumen la existencia de una serie de supuestos ilógicos, tales como:

Existe una cierta cercanía entre las distorsiones cognitivas en los modelos de Beck y Ellis; pero esta clasificación giran fundamentalmente alrededor de la tiranía de los debo y deberías que los pacientes asumen sobre las cosas. Esto significa que los pacientes deben ser expuestos a cada una de estas ideas o de estas distorsiones cognitivas, puesto que si no se hace o no se lleva a cabo esta exposición los pacientes van a seguir manteniéndolas y, con probabilidad van a desarrollar nuevas ideas irracionales. (pág. 103).

2.1.9. Distinción entre emociones negativas apropiadas e inapropiadas

La teoría racional-emotiva explica que las personas pueden tener Creencias racionales e irracionales al mismo tiempo. Los deseos pueden convertirse en exigencias con mucha facilidad. De este modo, yo puedo creer racionalmente: «quiero que me ames» y simultáneamente, creer que: «como quiero que me ames, tú debes amarme».

Es importante que los terapeutas sean capaces de discriminar entre las Creencias racionales e irracionales de sus clientes. Una vez hecha esa discriminación es más fácil distinguir entre emociones negativas apropiadas e inapropiadas. Las emociones negativas apropiadas van asociadas con las Creencias racionales, y las inapropiadas con las Creencias irracionales.

Ellis & Dryden, (1989), detallan una lista de las emociones negativas apropiadas:

1. Inquietud vs. ansiedad. La inquietud es una emoción asociada con la Creencia: «espero que esto no suceda, y sería mala suerte el que sucediera», mientras que la ansiedad aparece cuando la persona cree: «esto no debe ocurrir y sería horrible que ocurriera.»

2. Tristeza vs. depresión. Se considera que aparece la tristeza cuando una persona cree: «he tenido muy mala suerte por haber sufrido esta pérdida, pero no hay ninguna razón por la que esto no debiera haber pasado.» Por otro lado, la depresión se asocia con la Creencia: «no debiera haber sufrido esta pérdida y es terrible que haya sido así.» Cuando la persona se siente responsable de la pérdida, él o ella tienden a condenarse: «No soy bueno», mientras que si la pérdida se encuentra fuera del control de la persona, él o ella tienden a condenar las condiciones de vida o al mundo: «Es terrible».

Como ya hemos explicado, la teoría RET mantiene que lo que lleva a la persona a pensar que nunca conseguirá lo que quiere es la filosofía de necesidades perturbadoras implícita en tales evaluaciones; esto es una inferencia que produce sentimientos de desesperanza. Ejemplo: «Como yo siempre tengo que conseguir las cosas que quiero y esta vez no ha sido así, nunca lo conseguiré. ¡Es desesperante!»

3. Dolor vs. culpabilidad. Los sentimientos de tristeza o dolor se producen cuando una persona reconoce que ha hecho algo malo en público o privado pero se acepta a sí misma como un ser humano que puede cometer fallos. La persona se siente mal por su acto pero no por sí misma porque piensa: «Prefiero no hacer las cosas mal, pero si eso pasa, ¡Mala suerte!» Se producen sentimientos de culpabilidad cuando la persona se juzga a sí misma como mala, perversa y corrupta por haber actuado mal. En este caso la persona se siente mal, tanto por su acto, como por ella misma, y piensa: «No debo hacer las cosas mal y si eso ocurre, es horrible y ¡yo soy un malvado!»

4. Desilusión vs. vergüenza/apuro. Una persona siente desilusión cuando se comporta «de forma estúpida» en público, reconoce su acto estúpido, pero se acepta a sí misma. La persona se siente desilusionada por su comportamiento pero no consigo misma porque prefiere, pero no se obliga a comportarse bien. Se siente vergüenza cuando alguien reconoce que se ha comportado «de forma estúpida» en público y se condena por algo que no debiera haber hecho.

Las personas que sienten apuro y vergüenza suelen predecir que su audiencia les va a juzgar negativamente, y en este caso suelen mostrarse de acuerdo con estos prejuicios. A menudo creen que necesitan de la total aprobación de los demás. Se puede distinguir la vergüenza del apuro, porque en la vergüenza al público se le valora como más serio. Sin embargo, ambas emociones incluyen la auto-denigración.

5. Disgusto vs. ira. Se siente disgusto cuando esta persona no tiene en cuenta una norma de vida de un individuo. A la persona que se disgusta no le agrada lo que el otro ha hecho, pero no le condena por ello. Esta persona piensa: «No me gusta lo que él o ella ha hecho, y desearía que no hubiera ocurrido, pero no quiere decir que él o ella no pueda romper mis normas». Sin embargo, en la ira, la persona cree que el otro no debe de ninguna manera romper sus normas y le condena si lo hace.

2.1.10. La teoría del cambio terapéutico

En el libro “Razón y Emoción en Psicoterapia” (Ellis, Albert, 1998): Explica que a pesar de afirmar que los humanos tienen una clara tendencia biológica a pensar irracionalmente, también sostiene que poseen la capacidad de elegir el trabajar para cambiar este pensamiento irracional y sus efectos auto destructores.

Existen varios niveles de cambio. La teoría racional-emotiva dice que los cambios más elegantes y duraderos que pueden producir los individuos son aquellos que incluyen una reestructuración filosófica de Creencias irracionales. El cambio a este nivel puede ser específico o general.

El cambio filosófico específico significa que los individuos cambian sus exigencias absolutistas irracionales (los «debo» y «debiera»), por unas preferencias relativas racionales en una situación concreta. El cambio filosófico general supone que la persona adopta una actitud no devota hacia los acontecimientos vitales en general. Para efectuar un cambio filosófico tanto a nivel específico como general, se aconseja a las personas que:

1. Primero, se den cuenta de que ellos crean, en gran medida, sus propias perturbaciones psicológicas y que aunque las condiciones ambientales pueden contribuir a sus problemas, en general tienen un papel secundario en el proceso de cambio.
2. Reconozcan por completo que ellas tienen la capacidad de cambiar significativamente estas perturbaciones.
3. Comprendan que las alteraciones emocionales y conductuales provienen, la mayoría de las veces, de Creencias dogmáticas, absolutistas e irracionales.
4. Detecten sus Creencias irracionales y las diferencien de sus alternativas racionales.
5. Refuten estas Creencias irracionales usando los métodos lógico-empíricos de la ciencia.
6. Trabajen para interiorizar sus nuevas Creencias racionales empleando métodos de cambio cognitivos, emotivos y conductuales.

7. Continúen este proceso de enfrentarse a las Creencias irracionales y de usar métodos de cambio multimodales para el resto de sus vidas.

2.1.11. Depresión.

La depresión no se puede describir como un estado de desaliento temporal que puede originarse por un mal día o un mal sentimiento. En términos médicos depresión es una enfermedad severa que ocasiona cambios en la memoria y el pensamiento, en el estado de ánimo, en el funcionamiento físico y en el comportamiento (Cardona 2009).

Podemos definir a la depresión como un conjunto de síntomas tanto fisiológicos como cognitivos y conductuales. Entre los fisiológicos, está una inhibición de la actividad nerviosa, pero lo más importante se encuentra en los aspectos cognoscitivos. En cuanto al estado de ánimo, el paciente puede tener un estado de euforia, aunque al mismo tiempo, se encuentra irritable.

(Molina & Martí, 2010) describen que:

La depresión es un estado en la que el paciente tiene frecuentes pensamientos de derrota, se encuentra en un estado de ánimo abatido sin causa aparente. A pesar de que tiene lo que se podría llamar "todo en la vida", en el sentido de que no tiene razones para sentirse mal anímicamente, pero a pesar de esto se sigue sintiendo mal.

2.1.11.1. Predisposición y desencadenamiento de la depresión

Beck, Rush, Shaw, & Emery, (2005), en su libro "Terapia Cognitiva de la Depresión" mencionan que:

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. (p. 24)

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.

En respuesta a situaciones traumatizantes, la persona media aún mantendría su interés por otros aspectos no traumáticos de su vida, valorándolos de forma realista. Por el contrario, el pensamiento de la persona con tendencia a la depresión aparece bastante constreñido, desarrollando ideas negativas acerca de todos los aspectos de su vida.

2.1.11.2. Impacto de la depresión en el curso de la enfermedad renal

(Christensen & Ehlers, 2012) en su revista manifiesta lo siguiente:

La depresión afecta todos los niveles del curso de la ER y sus tratamientos. El impacto de la percepción subjetiva de sí mismo como de una persona con una valía disminuida, con sentimientos hostiles, de frustración y de desconsuelo complican el curso de la enfermedad en diversos ámbitos.

Los pacientes deprimidos no se adhieren al tratamiento completamente, alteran sus relaciones interpersonales y afectivas, se perciben a sí mismos como abandonados (que nadie los quiere y el apoyo emocional que reciben es poco) y perciben que la interferencia de la enfermedad en su calidad de vida es muy grande. Además, comen, duermen y se cuidan menos; se pueden malnutrir y piensan en suicidarse, por todo lo cual se ha asociado a la DM con una incrementada mortalidad de estos pacientes.

Profesionales de la salud asumen claramente que las personas con enfermedad renal muestran abatimiento, llanto, aislamiento social, dejan de hacer las cosas que hacían antes, llevándoles a unificar conductas depresivas.

Morales , Salazar, Flores, Bocchicchio, & López, (2008);

Uno de los principales factores en la evaluación de pacientes con IRC es la depresión, cuya alta incidencia está bien documentada e involucrada con el deterioro de la calidad de vida de los pacientes dializados. Estudios recientes han mostrado que la prevalencia de depresión en quienes inician tratamiento con diálisis oscila entre 40 y 45%.

La depresión puede afectar las funciones inmunológica y nutricional, así como el cumplimiento del programa de diálisis, influyendo en los resultados del tratamiento. La depresión puede ser también un factor independiente en la supervivencia de los pacientes.

Si bien con la ayuda de la tecnología se ha mitigado la mortalidad de los enfermos renales crónicos y mejorar el tratamiento sustitutivo de la función renal, la presencia de depresión y ansiedad en este tipo de pacientes aumenta los riesgos de suicidios, expresados en la no adherencia a la HD, incumplimiento de las restricciones dietéticas e intentos suicidas directos.

Varias investigaciones enfatizaron que la depresión en los pacientes renales crónicos se encuentra asociada a comportamientos de no adherencia al tratamiento, lo que conduce a un deterioro en la calidad de vida, a una salud más pobre y al aumento de los riesgos de mortalidad.

2.1.12. Insuficiencia Renal Crónica

Como lo manifiestan en su artículo Páez, Jofré, Azpiroz, & De Bortoli, (2008).

La insuficiencia renal crónica (IRC) consiste en una disminución progresiva y global de la función renal que alcanza un nivel inferior al 10% en la insuficiencia renal crónica terminal, estadio más grave de la enfermedad renal, durante el cual se hace necesaria para la supervivencia, la implementación de un tratamiento sustitutivo de la función renal mediante trasplante o diálisis (peritoneal continua o hemodiálisis).

El letargo, anorexia, náuseas, vómitos, gastritis, cefaleas, fatiga, anemia, edema, hipertensión, entre otros, son los síntomas que caracterizan el síndrome urémico que por ende va a alterar la función renal. En este síndrome las concentraciones plasmáticas de urea y creatinina son elevadas, por esta razón los valores sanguíneos de estas sustancias son empleados para valorar el grado de severidad de la insuficiencia renal.

2.1.12.1. Causas de enfermedad renal crónica

Las dos causas principales de enfermedad renal son diabetes e hipertensión (presión arterial alta). La diabetes aporta cerca de 45% de todos los nuevos casos de enfermedad renal cada año. Otros son propiciados por herencia genética o condiciones congénitas, aunque el padecimiento renal poliquístico, los padecimientos autoinmunes y el lupus también pueden ser causas del desarrollo de enfermedades del riñón.

La siguiente es una lista de las causas más comunes de padecimientos renales. De acuerdo con (Berry , y otros, s.f):

- Diabetes. Puede causar daño a los vasos sanguíneos de las unidades de filtración de los riñones. Con el paso del tiempo los filtros dañados del riñón pueden detener su funcionamiento todos al mismo tiempo.
- Alta presión sanguínea o hipertensión. Daña las pequeñas arterias de los riñones. Es un círculo vicioso, pues ello ocasiona hipertensión muy seria que daña más los riñones.
- Obesidad. Puede causar diabetes, hipertensión y enfermedad renal, así como muchos otros problemas de salud.
- Glomerulonefritis. Enfermedad del glomérulo que causa daño en las unidades de filtración del riñón.
- Padecimiento renal poliquístico. Enfermedad hereditaria caracterizada por quistes en los riñones.
- Enfermedades congénitas. Pueden ser malformaciones producidas durante el desarrollo fetal en el vientre de la madre (incluyendo el desorden del reflujo en infantes). Por ejemplo, puede ocurrir un estrechamiento que impide el flujo normal de orina hacia el exterior y ocasiona que ésta se regrese hacia el riñón, causando infecciones que dañan este órgano.
- Obstrucciones. Pueden ser piedras, quistes, tumores y agrandamiento de próstata en el hombre. Obstruyen el flujo normal de la orina hacia el exterior, haciendo difícil para el organismo expulsar desechos y líquidos sobrantes.

Torres, (2003); La insuficiencia renal crónica es un problema de salud pública a nivel mundial, el número de pacientes se viene incrementando tanto en países desarrollados como en desarrollo. Como consecuencia cada vez es mayor la necesidad de recurrir a procedimientos de diálisis y/o trasplante renal y por lo tanto se incrementa progresivamente el costo de atención. Otra particularidad es que la edad de los pacientes que son admitidos a programa de hemodiálisis se va incrementando. Por ejemplo en Japón dos tercios del total de pacientes en diálisis están por encima de los 60 años y la mitad son mayores de 65 años. (pág.1).

2.1.12.2. Tratamiento en Insuficiencia Renal Crónica

1. Diálisis

Es un procedimiento riguroso e indispensable para el paciente con insuficiencia renal, pues prácticamente le permite mantener su vida.

Sistema de Diálisis Peritoneal, (2004):

La diálisis es un procedimiento que nos permite extraer de la sangre del paciente sustancias nocivas o tóxicas para el organismo, así como también el agua acumulada en exceso. La diálisis peritoneal (DP) es una modalidad de diálisis que consiste en utilizar la membrana natural que recubre por dentro la cavidad abdominal, los intestinos y otros órganos, conocida como membrana peritoneal o peritoneo.

Se manifiestan tres clases de tratamiento que se llevan a cabo en pacientes que padecen Insuficiencia Renal Crónica, Piaskowski, (2004)

a) Hemodiálisis

Para limpiar la sangre, la Hemodiálisis utiliza una máquina de diálisis y un filtro especial (dializador). La sangre del paciente ingresa a la máquina desde el punto de acceso en el paciente (fístula, injerto vascular o una línea central temporal), se filtra y luego vuelve al paciente.

La sangre y los líquidos de diálisis no se mezclan, la sangre fluye a través de una membrana semi-permeable que solo permite el paso de algunas moléculas. Este procedimiento tarda entre 3 y 6 horas y, por lo general, se realiza tres veces por semana.

b) Diálisis peritoneal

La DP es un proceso mediante el cual el líquido de diálisis es instilado al espacio peritoneal por vía abdominal, mediante un catéter para DP introducido quirúrgicamente. La mayoría de los catéteres son de silicona. El líquido es posteriormente extraído, llevándose consigo las toxinas. Las clasificaciones más comunes son la DP crónica ambulatoria, DP cíclica continua y DP crónica intermitente. La peritonitis puede ser una complicación en este tipo de tratamiento, puesto que puede darse el ingreso de gérmenes a la cavidad peritoneal a través del catéter produciéndose una infección del peritoneo o la pared del abdomen.

c) Trasplante renal

El trasplante renal consiste en colocar el riñón de otra persona en el cuerpo de un paciente mediante cirugía. El injerto es colocado en el interior de la parte baja del abdomen y generalmente se conectan la arteria y vena renal del injerto a la arteria iliaca externa y la vena iliaca del paciente.

La sangre del paciente fluye a través del riñón trasplantado y el riñón donado comienza a producir orina y a realizar sus funciones. El trasplante renal es la única modalidad de TRR que realmente previene el desarrollo de uremia. No todos los pacientes con IRC son candidatos a trasplante renal por lo que su evaluación adecuada minimiza la morbilidad y mortalidad, al igual que mejora la calidad de vida. (Venado, Moreno, Rodríguez, & López, s.f)

Elizabeth Kubler- Ross, citado en Gonzáles, et al., (2011) plantean que “los pacientes que padecen de esta enfermedad atraviesan por cinco etapas de un proceso de duelo para elaborar estas pérdidas” se describen a continuación:

- **Negación:** Sentimiento recurrente con el que se intenta evadir la realidad ya que hay una dificultad para enfrentarla.

- **Enojo:** En esta etapa la angustia y la impotencia alcanzan su máximo grado, con lo que pueden generarse dos conductas: auto compasión, es decir, vivir con una apatía y depresión; o tomarlo como un momento determinante que genere energía para actuar.

- **Negociación:** Ante la dificultad de afrontar la realidad, surge la fase de intentar superar lo traumático y buscar diversas soluciones; donde involucra una esperanza.

- **Depresión:** En esta fase, el individuo puede volverse silencioso, pasa mucho lamentándose por lo sucedido ante la enfermedad lo que ocasiona desconectarse de todo sentimiento.

- **Aceptación:** Muchas personas la alcanzan rápidamente, otras necesitan tiempo, incluso años, para lograrla.

2.2 Posicionamiento Teórico Personal

La investigación se basa en un proceso de cambio en las personas a través de la intervención con la Terapia Racional Emotiva, con la finalidad de disminuir la sintomatología que se encuentra asociada a la enfermedad crónica, presentándose en forma de bajo estado de ánimo o humor deprimido, sensaciones de culpa, dificultad en el afrontamiento, alteraciones somáticas, brindando atención de manera individual y grupal aumentando la capacidad de respuestas saludables.

Les permite a los sujetos identificar de donde proviene su problema, como se ha generado y a su vez sirviendo como técnica para el establecimiento de nuevas soluciones y alternativas para un cambio personal. Es una terapia entonces de credibilidad que tiene como objetivo detectar y cambiar las ideas erróneas, puntos de vista o creencias que están marcadas con tal rigidez acerca del mundo que generan un carácter absolutista, demandante, condenatorio dando por concluido que las cosas deben ser y darse de una manera establecida y concreta.

De esta manera la terapia se dispone como un método para integrar los elementos psicológicos con el sentir, pensar y actuar de las personas, sus resultados estarán latentes en eventos que cada ser humano concientice para aplicar el pensamiento adecuado para obtener lo que desea en lo que respecta a sus propias necesidades y prioridades.

Como lo explica el mismo Albert Ellis, los hombres son más felices cuando se ponen metas y se esfuerzan por alcanzarlas racionalmente, para poder aumentar la auto aceptación, la tolerancia a la frustración y al malestar.

2.3 Glosario de términos

Adherencia: hace referencia a una gran diversidad de conductas, las que transitan desde formar parte en un programa de tratamiento y continuar con él, hasta desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo, y acudir a las citas con los profesionales de salud

Ansiedad: Miedo anticipado a padecer un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de temor o de síntomas somáticos de tensión.

Autovalía: hace lugar a un estado de permanencia del yo profundo, ese estado donde valgo solo por existir y ser por lo que le significa al macro que va más allá incluso de mi entorno pequeño.

Biopsicosocial: es un modelo o enfoque participativo de salud y enfermedad que postula que el factor biológico, el psicológico (pensamientos, emociones y conductas) y los factores sociales, desempeñan un papel significativo de la actividad humana en el contexto de una enfermedad o discapacidad.

Cognición: (del latín: cognoscere, "conocer") hace referencia a la facultad de los seres de procesar información a partir de la percepción, el conocimiento adquirido y características subjetivas que permiten valorar y considerar ciertos aspectos en detrimento de otros.

Concentración: Focalización y organización de la atención mediante un esfuerzo consciente, con el fin de realizar una tarea.

Depresión: es un trastorno del humor, constituido por un conjunto de síntomas, entre los que predominan los de tipo afectivo (tristeza patológica, desesperanza, apatía, anhedonia, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar) y se pueden presentar también síntomas de tipo cognitivo, volitivo y físicos. Podría hablarse, por tanto, de una afectación global del funcionamiento personal, con especial énfasis en la esfera afectiva.

Diálisis: La diálisis es una técnica médica que permite sustituir a los riñones cuando ya no pueden realizar su trabajo en caso de una insuficiencia renal muy avanzada. La diálisis sirve

para filtrar la sangre de los desechos normalmente excretados por los riñones antes de reinyectarla de nuevo en la circulación y de controlar el volumen de los líquidos corporales.

Dializado: Líquido que en la terapia de diálisis peritoneal sale de la cavidad peritoneal. Este líquido contiene las impurezas que se retiran del organismo humano.

Dializante: Agua tratada enriquecida con el llamado concentrado para diálisis resultando en dializante de bicarbonato o dializante de acetato.

Enfermedad Degenerativa: referimos a aquella que va degradando el estado físico y/o mental de quien lo padece y provoca un desequilibrio en los mecanismos de regeneración celular.

Estado de ánimo: Estado psicológico que refleja las vivencias afectivas y emocionales que se están teniendo. Se diferencia de las emociones en que el estado de ánimo es más duradero y menos específico de una situación concreta.

Estoico: filosofía del estoicismo o relacionado con esta doctrina. Estoicismo, doctrina filosófica fundada en el siglo iii por el griego Zenón de Citio, que defiende el autodomínio, la serenidad y la felicidad.

Etario: proviene en su etimología del latín “aetas” cuyo significado es “edad”, siendo un neologismo. O sea que podemos definir a la palabra etario como “lo relacionado con la edad de los seres humanos”.

Frustración: el estado de decepción creado emocionalmente cuando alguien espera realizar su deseo y se ve impedido de hacerlo.

Hemodiálisis: La Hemodiálisis es una técnica que sustituye las funciones principales del riñón, haciendo pasar la sangre a través de un filtro (funcionando como riñón artificial) donde se realiza su depuración, retornando nuevamente al paciente libre de impurezas.

Injerto: Trasplante de un tejido o de un órgano a otra parte del organismo o a otro individuo, para reparar una pérdida de sustancia, la funcionalidad, mejorar las condiciones del área lesionada o con finalidad estética.

Insuficiencia renal crónica: es la presencia de daño renal persistente durante al menos 3 meses, secundario a la reducción lenta, progresiva e irreversible del número de nefronas con el consecuente síndrome clínico derivado de la incapacidad renal para llevar a cabo funciones depurativas, excretoras, reguladoras y endocrino metabólicas.

Letargo: es un estado de sueño profundo y prolongado en el que diferentes funciones del organismo permanecen presentes y funcionales pero funcionando más lentamente. Generalmente se acompaña de una ausencia total de respuesta muscular y verbal.

Líquido peritoneal: líquido que contiene sustancias nocivas de la sangre (úrea, creatinina, etc).

Melancolía: Tristeza vaga, profunda, sosegada y permanente, nacida de causas físicas o morales, que hace que no encuentre quien la padece gusto ni diversión en nada.

Membrana peritoneal: es una membrana biológica que se comporta como una membrana dialítica siendo esta característica el principal determinante para que la diálisis peritoneal constituya una técnica de tratamiento adecuada para los pacientes con enfermedad renal crónica en estadio V.

Neurosis: la estrategia que desarrolla la persona para eludir lo inaceptable (decepción, frustración, ira), aunque con frecuencia lo que más trata de evitar el mecanismo neurótico es el sentimiento de angustia existencial o ansiedad.

Pensamiento irracional: quiere decir catastrófico, absolutista, no-acertado, auto-derrotista, irrealista. Este tipo de pensamiento no utiliza el razonamiento, lleva a consecuencias autodestructivas que interfieren significativamente con la supervivencia y felicidad del ser humano.

Pensamiento racional: este tipo de pensamiento es razonable, lógico, acertado. Los pensamientos, emociones y conductas, no se experimentan en forma aislada sino que se superponen significativamente. Así, los hechos (acontecimientos del mundo exterior) o mejor

dicho, la forma en que percibimos los hechos, interactúan con la evaluación que hacemos en pensamientos, emociones y conductas (acontecimientos del mundo interior).

Peritoneo: es una membrana muy delgada y sólida, formada por dos capas que pueden desplazarse una sobre la otra: la capa denominada parietal recubre toda la pared interna de la cavidad abdominal, mientras que la llamada visceral recubre la superficie externa de todos los órganos situados en la cavidad abdominal: hígado, páncreas, bazo, estómago, intestino delgado, colon.

Procastinación: consiste en aplazar el cumplimiento de una obligación o el desarrollo de una acción. Cuando dicha actitud se vuelve habitual, la procrastinación se convierte en un trastorno del comportamiento que puede llegar a requerir atención psicológica.

Psicoterapia: es el tratamiento que tiene como objetivo el cambio de pensamientos, sentimientos y conductas.

Sistema Inmunológico: El sistema inmunológico es la defensa natural del cuerpo contra las infecciones, como las bacterias y los virus. A través de una reacción bien organizada, su cuerpo ataca y destruye los organismos infecciosos que lo invaden.

Suicidio: "todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de la intención letal o de conocimiento del verdadero móvil".

Terapia Racional Emotiva: Psicoterapia que actúa sobre el eje pensamiento-emoción-conducta para tratar los trastornos psicológicos. La TREC considera que son las creencias irracionales, formadas a partir de exigencias dogmáticas y falsas necesidades, las causantes de muchos de los problemas emocionales y de conducta.

2.4 Interrogantes de investigación

- **¿De qué manera se puede determinar el nivel de depresión de los pacientes investigados?**

De manera inicial se evalúa a los pacientes por medio de la escala de Hamilton para la depresión que es uno de los reactivos psicológicos más usados para determinar que síntomas son los más significativos y cuál es su intensidad relacionados a la condición médica que padecen los pacientes.

- **¿Mediante qué proceso se va a reducir la sintomatología depresiva?**

El proceso llevado a cabo para la reducción de la sintomatología depresiva se basa en la Terapia Racional Emotiva de la misma se despliegan técnicas que son usadas para modificar los pensamientos que dificultan el funcionamiento eficaz; éstas son técnicas cognitivas que producen efectos sobre las creencias irracionales, técnicas emocionales para cambiar los sentimientos inapropiados y técnicas conductuales para conseguir conductas deseables.

- **¿En qué medida disminuyen los síntomas depresivos luego de la aplicación de la Terapia Racional Emotiva en pacientes insuficientes renales?**

La aplicación de la Terapia Racional Emotiva ayudó en gran medida a la aceptación y afrontamiento de la enfermedad renal, permitiendo a los pacientes evaluar sus pensamientos y mejorarlos con el fin de obtener estabilidad emocional evitando perturbaciones y sentimientos inapropiados que interfieran en su calidad de vida.

2.5 Matriz Categorial

CONCEPTO	CATEGORÍAS	DIMENSIÓN	INDICADOR
Son aquellos que generan mal estar físico y emocional, incluyendo sentimientos de inferioridad, ideas de muerte, ira, frustración, bajo estado de ánimo que se convierten posteriormente en depresión.	Sintomatología depresiva	-Humor deprimido -Sensación de culpabilidad -Síntomas somáticos generales -Baja autoestima -Ideas irracionales	-Historia clínica -Escala de Hamilton para la depresión
Terapia mediante la cual se modifican las ideas irracionales sustituyéndolas por ideas más constructivas o racionales.	Terapia Racional Emotiva	-Técnicas cognitivas -Técnicas emotivas -Técnicas conductuales	-Intervención individual -Intervención Grupal

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Tipos de investigación

3.1.1 Investigación descriptiva

Se utilizó este tipo de investigación con el fin de observar, analizar y describir la realidad presente profundizando en las causas y consecuencias del problema de investigación desde la realidad individual de los pacientes de la Clínica Dial de Ibarra en cuanto a su condición médica y la sintomatología depresiva que va adjunta.

3.1.2. Investigación de campo:

Es aquella que se realiza en el medio donde se encuentran los sujetos o el objeto de investigación. Se llevó a cabo en la recolección de datos directamente de la realidad donde están los sujetos a ser investigados, basado en las informaciones necesarias desde su modus vivendi aplicada desde la intervención individual hasta la finalización de los talleres en grupo.

3.1.3. Investigación documental:

Es la parte esencial del proceso de investigación científica, se concreta exclusivamente en la recopilación de información en diversas fuentes o documentos. Se utilizó para ampliar y profundizar la información concerniente al marco teórico, mediante los libros, artículos, revistas, tesis, monografías con contenido académico que nos sirvió para el desarrollo y estructuración de las técnicas usadas basadas en la Terapia Racional Emotiva.

3.2. Métodos de investigación

3.2.1. Método Inductivo-Deductivo:

Método de inferencia basado en la lógica que obtiene conclusiones generales a partir de premisas particulares. Se aplicó desde la elaboración del capítulo I, elaboración de los objetivos pertinentes, la formulación del problema, justificación y a lo largo del desarrollo y culminación de la investigación.

3.2.2. Método Analítico-Sintético:

Estudia los hechos a partir de la descomposición del objeto de estudio en cada una de sus partes para estudiarlas en forma individual (análisis), y luego integra dichas partes para estudiarlas de manera holística e integral. Con este método se analizó los resultados de la investigación y así se llegó a establecer las conclusiones, recomendaciones finales del problema además de una propuesta.

3.2.3. Método Clínico:

A través de este método se obtiene información de una persona, estos datos permiten tener una comprensión de la dinámica de la personalidad del sujeto y de su adaptación; además de conocer algunas perturbaciones emocionales, la información puede tenerse a partir de los juicios verbales del sujeto acerca de sus sentimientos, pensamientos y conducta, de su observación, de los test, es decir incluye aplicación de reactivos llamado Método Psicométrico. Se manejó este método en la fase diagnóstica en la muestra, en la aplicación de test y re test luego de la aplicación de la terapia.

3.3 Técnicas de investigación

Entrevista Psicológica:

Su propósito es recoger la biografía del sujeto y determinar, a través de la conversación, sus opiniones, actitudes y características personales. Se aplicó para obtener acontecimientos más importantes de la vida del paciente, utilizando la historia clínica, que será indispensable para continuar con la terapia e indicar en qué condiciones se encuentran los pacientes.

Test Psicológico:

Es un instrumento de tipo experimental que se utiliza para medir o evaluar una característica psicológica específica, la sanidad mental o aquellos rasgos esenciales y generales que marcan y distinguen la personalidad. Fue utilizado para medir características de depresión antes de la intervención y después de la intervención por medio de la terapia.

Observación clínica:

Se utilizó desde la primera sesión individual con los pacientes, con la finalidad de recabar información sobre signos que puedan arrojar mayor información a la investigación y que facilite el proceso de intervención.

INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Historia Clínica Breve:

Mediante este instrumento se toma de manera más completa posible los antecedentes personales, familiares y sociales del paciente, tomando interés en datos, fechas y eventos concretos como en los sentimientos del paciente al respecto. Su uso se dió en la fase diagnóstica, para abarcar los antecedentes relevantes de los pacientes con insuficiencia renal para obtener una perspectiva más clara de su situación.

Escala de Hamilton para la depresión:

La HAM-D o Hamilton Rating Scale for Depression, es una escala heteroaplicada, diseñada para medir la intensidad o gravedad de la depresión, siendo una de las más empleadas para monitorizar la evolución de los síntomas en la práctica clínica y en la investigación.

Los ítems incluyen ánimo depresivo, sentimientos de culpa, suicidio, insomnio precoz, medio y tardío, trabajo y actividades, inhibición, agitación, ansiedad psíquica y ansiedad somática, síntomas somáticos gastrointestinales, síntomas somáticos generales, síntomas sexuales (disfunción sexual y alteraciones de la menstruación), hipocondría, pérdida de peso y capacidad de entendimiento. Cada ítem se valora de 0 a 2 puntos en unos casos y de 0 a 4 en otros, eligiendo la puntuación que mejor se ajuste a la sintomatología que presenta el paciente. Puntuaciones más altas indican mayor gravedad del síntoma. La puntuación total es la suma de las puntuaciones asignadas a cada ítem.

Recomienda emplear los siguientes puntos de corte: No deprimido: 0-7 Depresión ligera/menor: 8-13 Depresión moderada: 14-18 Depresión severa: 19-22 Depresión muy severa: >23.

Formulario para el análisis de ideas irracionales

Este instrumento se lo aplicó de manera individual a cada participante con la intención de demostrar la conexión entre pensamientos, emociones y comportamientos, logrando que el paciente corrobore esta integración a partir de la situación que le genera mal estar o perturbación emocional.

Formulario para el establecimiento de metas

Es un instrumento que fue desarrollado por Albert Ellis, su propósito es que el paciente logre diferenciar y evaluar a corto y largo plazo, desarrollando además habilidades cognitivas para combatir la baja tolerancia a la frustración. Tomando en cuenta la situación actual y real de cada paciente se aplicó el formulario para establecer metas a corto y largo plazo como medida de refuerzo para potencializar los futuros cambios.

3.3. Población

La población que se encontró inmersa en la investigación se presentó en la condición de pacientes de la Clínica Dial Ibarra, con edades entre los 24 a 70 años que se realizan el tratamiento de hemodiálisis. No se distinguió sexo o condición social-económica, enfocándose a la realidad del paciente.

3.4. Muestra

Las unidades de investigación fueron elegidas por muestreo no probabilístico por lo que no se aplicó por medio de una fórmula estadística. Se realizó mediante proceso intencional estableciendo las características de los sujetos de acuerdo a la investigación.

Criterios de inclusión

- Personas que padecen Insuficiencia Renal Crónica
- Edades entre los 24 a 70 años.
- Tener tratamiento en hemodiálisis en la Clínica Dial barra

Criterios de exclusión

- Todo aquello que no cumple con los criterios de inclusión.

CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En primera instancia se realizó la aplicación de un reactivo psicológico, Escala de Hamilton para la depresión con la finalidad de detectar los síntomas más significativos que tienen los pacientes en hemodiálisis, seguido de la entrevista psicológica que por medio de la historia clínica quedaron sentados los aspectos más puntuales para ser usados en la investigación. Luego de concluidas las sesiones individuales y los talleres grupales se aplicó nuevamente la Escala de Hamilton para evidenciar la mejoría o cambios en los participantes de este trabajo investigativo.

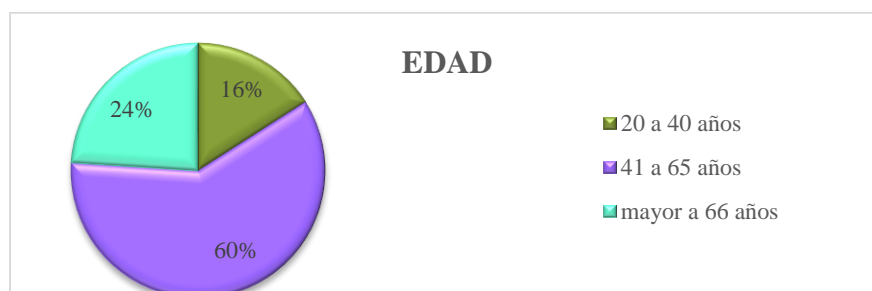
4.1. Aplicación de la Escala de Hamilton para la depresión

Tabla 1 Edad

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Edad adulta temprana (20-40)	4	16%
Edad adulta intermedia (41-65)	15	60%
Edad adulta tardía (>66)	6	24%
Total	25	100%

Fuente: Pacientes con IRC de la Clínica DIAL Ibarra

Gráfico 1 Edad



Elaborado por: Sharon Enríquez

INTERPRETACIÓN

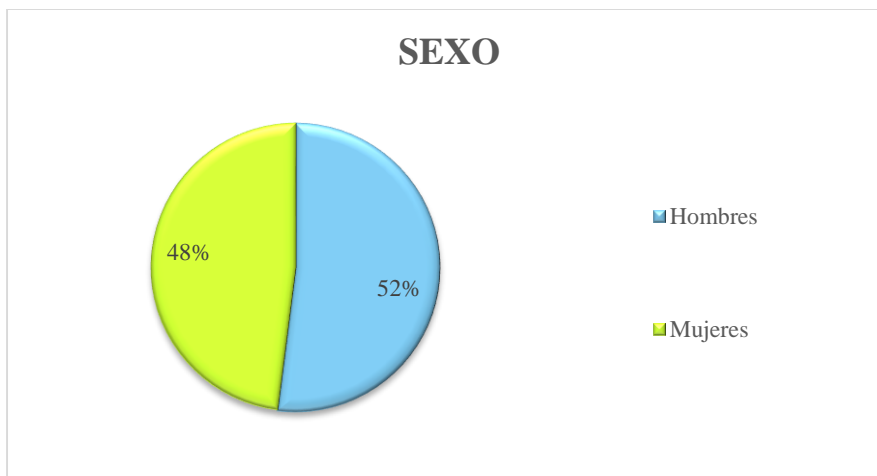
Para tener referencia acerca de la muestra con la que se trabajó se necesita analizar la frecuencia por edades de los pacientes, cabe resaltar que la mayoría de las personas que padecen de Insuficiencia Renal y acuden a la Clínica Dial Ibarra, se encuentran entre las edades de 41 a 65 años.

Tabla 2 Sexo

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	13	52%
Mujeres	12	48%
Total	25	100%

Fuente: Pacientes con IRC de la Clínica DIAL Ibarra

Gráfico 2 Sexo



Elaborado por: Sharon Enríquez

INTERPRETACIÓN

Dentro de los datos proporcionados se puede estimar que no existe una diferencia significativa en cuanto al género de los pacientes, pese a eso hay una ligera prevalencia del sexo masculino que padece de Insuficiencia Renal Crónica. Investigaciones indican que los hombres con diagnóstico de enfermedad renal son al menos un 50% más propensos que las mujeres a tener insuficiencia renal.

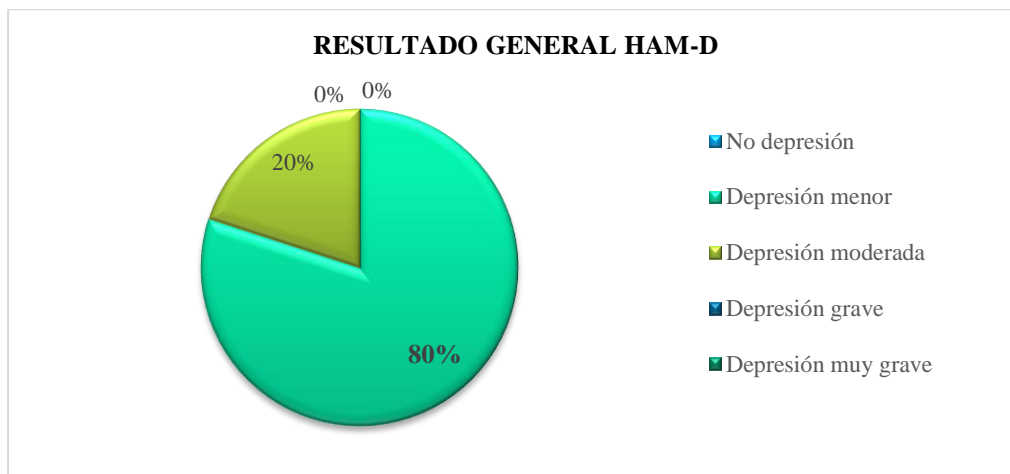
4.2. Resultado general HAM-D

Tabla 3 Resultado general HAM-D

Variable	Frecuencia	Porcentaje
No depresión (0-7)	0	0%
Depresión menor (8-13)	20	80%
Depresión moderada (14-18)	5	20%
Depresión grave (19-22)	0	0%
Depresión muy grave (>23)	0	0%
Total	25	100%

Fuente: Pacientes con IRC de la Clínica DIAL Ibarra

Gráfico 3 Resultado general HAM-D



Elaborado por: Sharon Enríquez

INTERPRETACIÓN

En el gráfico se muestra los niveles de depresión en los que los pacientes se encuentran, quedando demostrado de manera inicial la presencia de depresión menor en la mayoría de los evaluados y un 20% (5pcts) con depresión moderada, lo que nos dice que la intervención será establecida de acuerdo a lo detectado en la Escala de Hamilton y lo manifestado en la historia clínica por los evaluados en cuanto a los síntomas, sus pensamientos y sentimientos actuales.

4.3. Resultado por ítems de la escala de Hamilton-depresión

Tabla 4 Humor deprimido Pre-test

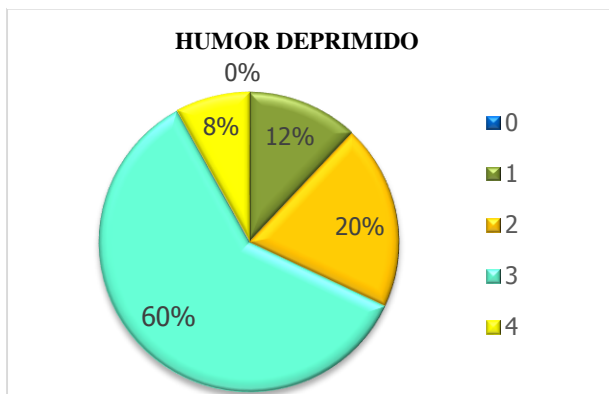
Variable	Frecuencia	Porcentaje
0 Ausente	0	0%
1 Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado	3	12%
2 Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente	5	20%
3 Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto.	15	60%
4 El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.	2	8%
Total	25	100%

Tabla 5 Humor deprimido Pos-test

Variable	Frecuencia	Porcentaje
0 Ausente	18	72%
1 Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado	3	12%
2 Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente	0	0%
3 Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto.	3	12%
4 El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.	1	4%
Total	25	100%

Fuente: Pacientes con IRC de la Clínica DIAL Ibarra

Gráfico 4 Humor deprimido Pre-test



Elaborado por: Sharon Enríquez

Gráfico 5 Humor deprimido Post-test



Elaborado por: Sharon Enríquez

INTERPRETACIÓN

En este ítem se evidencia que la gran mayoría de los pacientes demuestran su estado de ánimo al ser preguntados por su enfermedad, con expresión facial, postura, cambio de tono de voz y tendencia al llanto. Se infiere que el estado de ánimo es un aspecto distintivo y bastante común en pacientes que padecen de Insuficiencia Renal Crónica. Al aplicar el post-test la mayoría de la muestra ya no demuestran sensaciones de insatisfacción que les genere humor depresivo que conlleve sentimientos de tristeza y abatimiento.

Tabla 6 Sensación de culpabilidad Pre-test

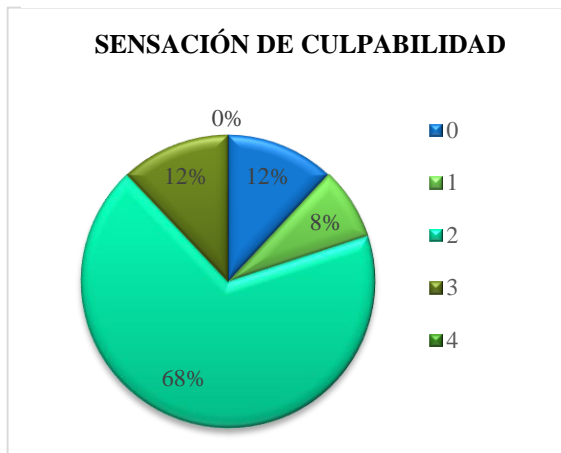
Variable	Frecuencia	Porcentaje
0 Ausente	3	12%
1 Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente	2	8%
2 Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones	17	68%
3 La enfermedad actual es un castigo, ideas delirantes de culpabilidad	3	12%
4 Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras	0	0%
Total	25	100%

Fuente: Pacientes con IRC de la Clínica DIAL Ibarra

Tabla 7 Sensación de culpabilidad Post-test

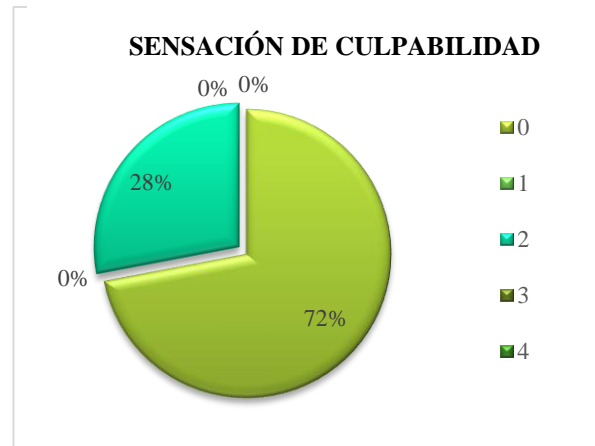
Variable	Frecuencia	Porcentaje
0 Ausente	18	72%
1 Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente	0	0%
2 Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones	7	28%
3 La enfermedad actual es un castigo, ideas delirantes de culpabilidad	0	0%
4 Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras	0	0%
Total	25	100%

Gráfico 6 Sensación de culpabilidad Pre-test



Elaborado por: Sharon Enríquez

Gráfico 7 Sensación de culpabilidad Post-test



Elaborado por: Sharon Enríquez

INTERPRETACIÓN

De manera inicial la mayor parte de los evaluados refiere tener ideas de culpabilidad, esto afecta de manera que empiezan a generar su propia perturbación; lo que nos indica el cuestionamiento que se hacen así mismos, mediante esta interrogante se muestra la alteración de los pacientes en la que hay sentimientos de culpa como una respuesta interna a su conflicto.

Después de la aplicación de las técnicas de la TRE se observa que la mayoría de los pacientes lograron modificar sus ideas de culpabilidad controlando el continuo pensamiento sobre acciones erróneas del pasado, permitiéndoles estabilizar su condición y evitar persistentes recriminaciones sobre su vida.

Tabla 8 Insomnio Pre-test

Variable	Frecuencia	Porcentaje
0 Ausente	0	0%
1 Dificultades ocasionales para dormir	2	8%
2 Dificultades para dormir cada noche	19	76%
3 Paciente se queja de estar inquieto durante la noche	1	4%
4 Está despierto durante la noche	1	4%
5 Está despierto a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormir	2	8%
6 No puede volver a dormir si se levanta de la cama	0	0%
Total	25	100%

Tabla 9 Insomnio Post-test

Variable	Frecuencia	Porcentaje
0 Ausente	16	64%
1 Dificultades ocasionales para dormir	1	4%
2 Dificultades para dormir cada noche	7	28%
3 Paciente se queja de estar inquieto durante la noche	0	0%
4 Está despierto durante la noche	0	0%
5 Está despierto a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormir	1	4%
6 No puede volver a dormir si se levanta de la cama	0	0%
Total	25	100%

Fuente: Pacientes con IRC de la Clínica DIAL Ibarra

Gráfico 4 Insomnio Pre-Test

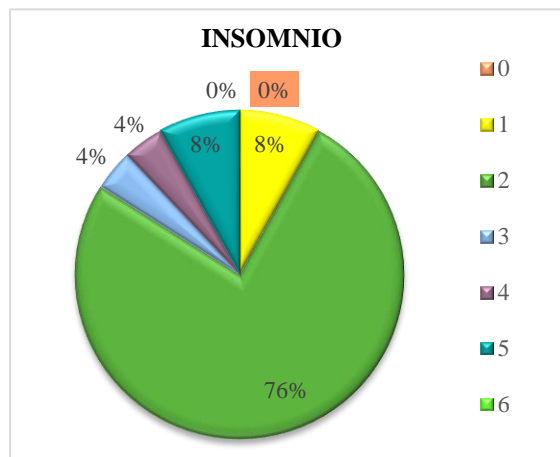
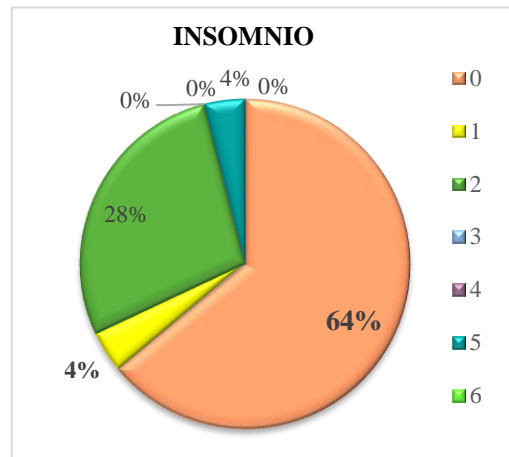


Gráfico 5 Insomnio Post-Test



Elaborado por: Sharon Enríquez

Elaborado por: Sharon Enríquez

INTERPRETACIÓN

La dificultad para dormir satisfactoriamente durante la noche es un síntoma frecuente que genera mayor estrés en pacientes renales, y como se muestra en la tabla gran parte de ellos tienen alteración para dormir cada noche y al haber de privación del sueño afecta al nivel emocional.

Después de la intervención individual que se realizó para disminuir el insomnio se encuentra un porcentaje relevante de pacientes que nos dan a conocer el buen resultado de las técnicas de relajación y respiración aplicadas como parte de este proceso.

Tabla 10 Síntomas somáticos Pre-test

Variable	Frecuencia	Porcentaje
0 Ninguno	4	16%
1 Pérdida de apetito	6	24%
2 Dificultad en comer si no se le insiste	2	8%
3 Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza.	13	52%
Total	25	100%

Tabla 11 Síntomas somáticos Post-test

Variable	Frecuencia	Porcentaje
0 Ninguno	19	76%
1 Pérdida de apetito	2	8%
2 Dificultad en comer si no se le insiste	0	0%
3 Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza.	4	16%
Total	25	100%

Fuente: Pacientes con IRC de la Clínica DIAL Ibarra

Gráfico 10 Síntomas somáticos Pre-test

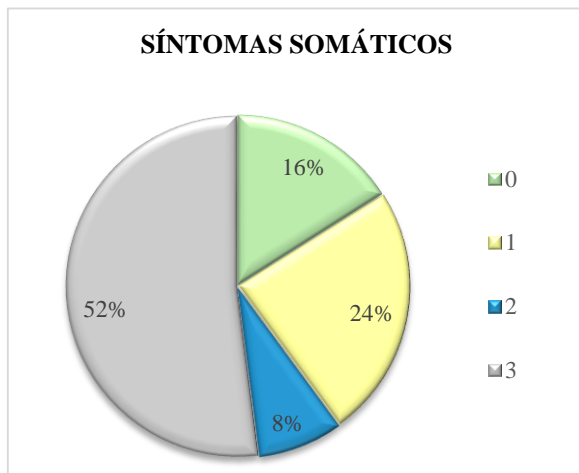
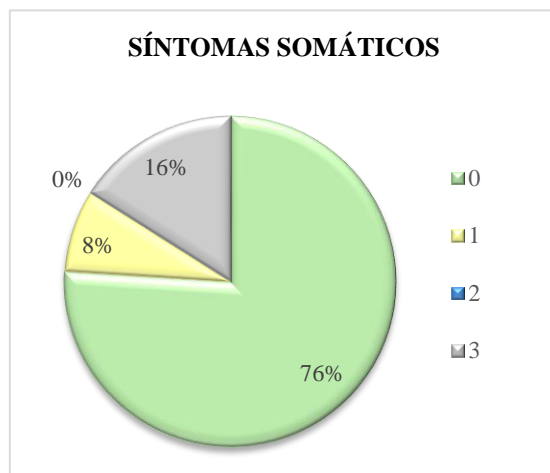


Gráfico 11 Síntomas somáticos Post-test



Elaborado por: Sharon Enríquez

Elaborado por: Sharon Enríquez

INTERPRETACIÓN

La mayor parte de la muestra refleja encontrarse con pesadez en las extremidades, espalda o cabeza, estando este malestar entre los más comunes en pacientes hemodialíticos; que se manifiestan como una respuesta al desgaste físico que sufren en el tratamiento de diálisis.

Luego de la aplicación de técnicas dentro de la Terapia Racional Emotiva se determinó que un importante porcentaje de sujetos de investigación lograron sentir bienestar contrarrestando las sensaciones negativas que interfieren en su salud física y mental.

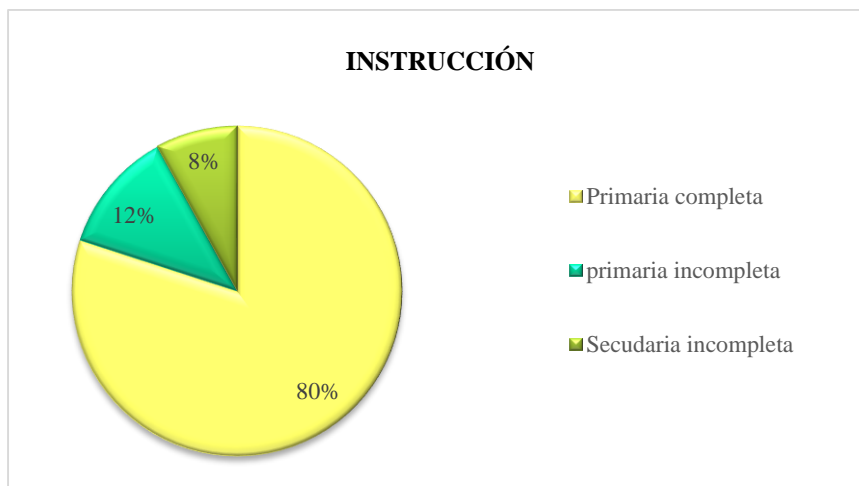
4.4. Resultados de la historia clínica abreviada

Tabla 12 Instrucción

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Primaria completa	20	80%
Primaria incompleta	3	12%
Secundaria incompleta	2	8%
Total	25	100%

Fuente: Pacientes con Insuficiencia Renal de la Clínica DIAL Ibarra

Gráfico 6 Instrucción



Elaborado por: Sharon Enríquez

INTERPRETACIÓN

En enfermedades crónicas como la IRC, la educación no es un factor que determine las causas y consecuencias; sin embargo permite saber el nivel de conocimiento del paciente sobre su condición médica y el manejo de la misma. Además en lo posterior su nivel académico dificulta en el entendimiento de las técnicas de la terapia a aplicarse.

Tabla 13 Ocupación

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Trabaja	14	56%
No trabaja	11	44%
Total	25	100%

Fuente: Pacientes con Insuficiencia Renal de la Clínica DIAL Ibarra

Gráfico 7 Ocupación



Elaborado por: Sharon Enríquez

INTERPRETACIÓN

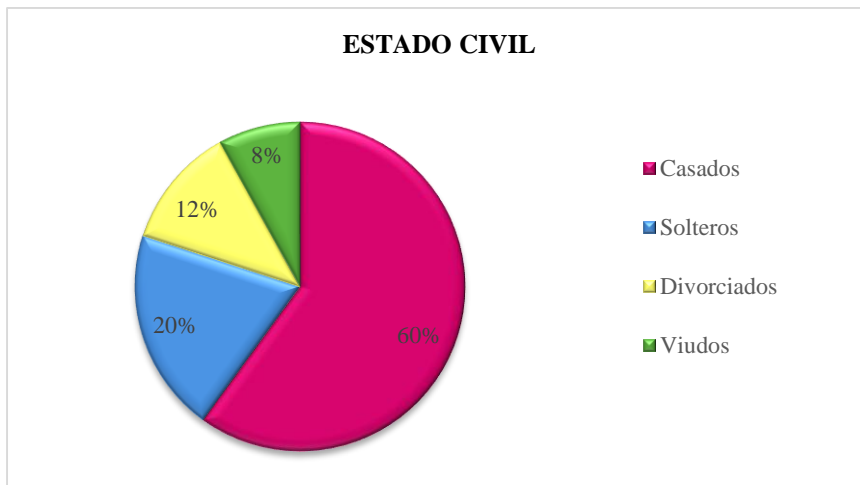
Con los porcentajes que se puede apreciar se determina que existe mayor número de investigados que se encuentran trabajando y el resto que no lo hacen representan un factor esencial para señalar que la modalidad del tratamiento al ser invasiva y altamente exigente en tiempo impide a los pacientes en ocasiones conseguir o mantener un trabajo.

Tabla 14 Estado civil

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Casados	15	60%
Solteros	5	20%
Divorciados	3	12%
Viudos	2	8%
Total	25	100%

Fuente: Pacientes con Insuficiencia Renal de la Clínica DIAL Ibarra

Gráfico 8 Estado civil



Elaborado por: Sharon Enríquez

INTERPRETACIÓN

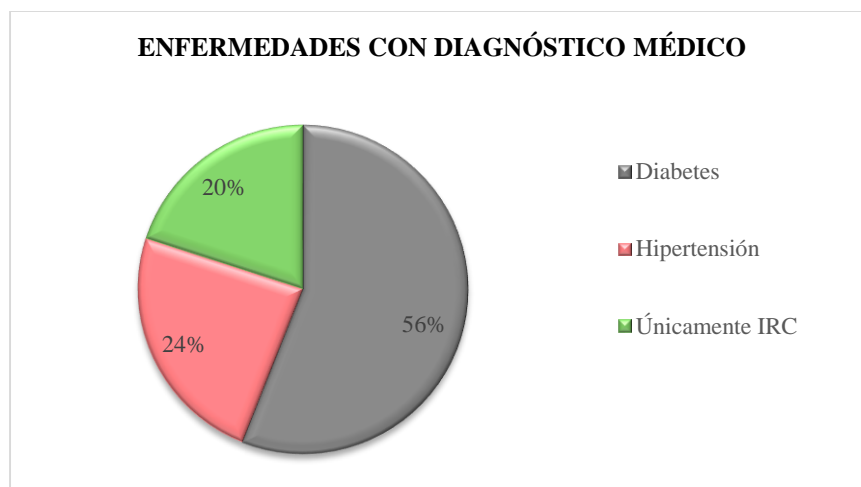
Existe un trasfondo de tipo psicológico en los pacientes renales y las redes de apoyo son sumamente importantes para motivarlos en el curso de la enfermedad; las personas que se encuentran en el grupo de los casados manifestaron a través de la entrevista psicológica que es más fácil adaptarse a situaciones estresantes con el apoyo de una pareja, mientras que los solteros, viudos y divorciados necesitan soporte de otro familiar a veces difícilmente obtenido en momentos en los que se encuentran con bajo estado de ánimo.

Tabla 15 Otras enfermedades con diagnóstico médico

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes	14	56%
Hipertensión	6	24%
Únicamente IRC	5	20%
Total	25	100%

Fuente: Pacientes con Insuficiencia Renal de la Clínica DIAL Ibarra

Gráfico 9 Enfermedades con diagnóstico médico



Elaborado por: Sharon Enríquez

INTERPRETACIÓN

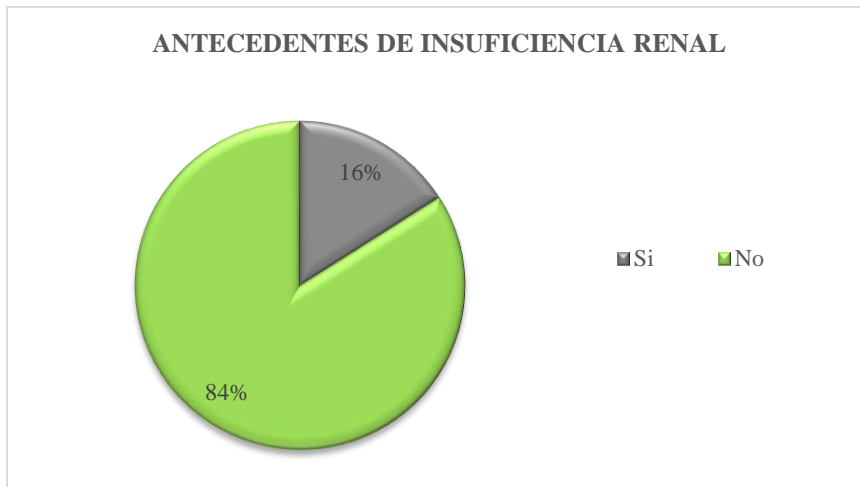
La diabetes e hipertensión anteceden a la insuficiencia renal pues son las causas más comunes de padecer IRC, aceleran el progreso de la enfermedad cuando esta ya está presente; en la muestra el mayor porcentaje corresponde al grupo de la diabetes seguido de la hipertensión enfermedades que interfieren de manera negativa y aumentan el mal estar físico y orgánico junto con la insuficiencia presentándose en forma de síntomas somáticos en la mayoría de los pacientes.

Tabla 16 Antecedentes de Insuficiencia Renal

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Si	4	16%
No	21	84%
Total	25	100%

Fuente: Pacientes con Insuficiencia Renal de la Clínica DIAL Ibarra

Gráfico 10 Antecedentes de Insuficiencia Renal



Elaborado por: Sharon Enríquez

INTERPRETACIÓN

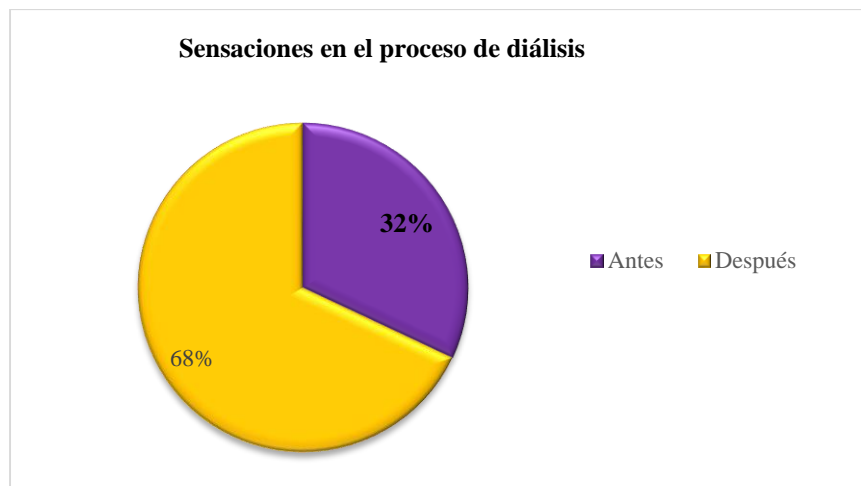
En la mayoría de los participantes se observa que no existe antecedentes de Insuficiencia Renal en sus familiares, lo que indica un impacto mayor al recibir la noticia con respecto a su enfermedad, puesto que, al no haber tenido la experiencia de enfrentar ésta situación, resulta más difícil poder asumir su realidad.

Tabla 17 Sensaciones en el proceso de diálisis

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Antes	8	32%
Después	17	68%
Total	25	100%

Fuente: Pacientes con Insuficiencia Renal de la Clínica DIAL Ibarra

Gráfico 11 Sensaciones en el proceso de diálisis



Elaborado por: Sharon Enríquez

INTERPRETACIÓN

Se observa que son pocos los pacientes que antes de la intervención del tratamiento en diálisis presentan diferentes sensaciones de malestar; sin embargo después del tratamiento son en gran porcentaje de los investigados los que manifiestan tener sensaciones de miedo, angustia, desasosiego, irritabilidad, desesperanza, además de pesadez en el cuerpo y dolores musculares, debido a que es un procedimiento constante, invasivo y desagradable para quienes enfrentan ésta condición, lo que desencadena vulnerabilidad e inestabilidad que genera una percepción negativa de si mismos.

Tabla 18 Registro de pensamientos automáticos

Interrogante	Pensamientos
Qué pasó por su mente ese momento?	<ul style="list-style-type: none"> - No hay esperanza de vida - Es preferible estar muerto - Mi familia va a abandonarme - Perderé mi trabajo, como pagaré mi tratamiento. - Tendré muchas limitaciones - Nadie quiere a una persona enferma - La enfermedad es terrible, no podré soportarlo. - Es un castigo por todo lo malo
Qué quiere decir esto de mi vida y de mi futuro?	<ul style="list-style-type: none"> - Habrán cambios drásticos en mi vida - Es momento de ver quien estará a mi lado en esta situación - Servirá para tener un cambio personal - No hice lo correcto, es una manera de enmendarlo. - Mi futuro es incierto - Es resto de mi vida dependerá de una máquina
Qué es la peor cosa que podría ocurrir?	<ul style="list-style-type: none"> - No resistir a la diálisis y morirme - Mi familia se podría cansar y abandonarme.
Qué imagen o recuerdo más vívido tiene de la situación?	<ul style="list-style-type: none"> - Una imagen de mi familia desunida y llorando. - Yo mirándome al espejo y este rompiéndose - El cielo con nubes negras - Una tormenta

Fuente: Pacientes con Insuficiencia Renal de la Clínica DIAL Ibarra

INTERPRETACIÓN

En la tabla se detallan los pensamientos que tienen los pacientes renales en cuanto a su situación; se puede decir que es una manera natural de reaccionar frente al inevitable cambio en sus vidas; sin embargo el que sigan manteniendo estas ideas hace que perturbe e inestabilice su salud física y psicológica.

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones.

- Se logró establecer mediante la aplicación del reactivo psicológico que los síntomas más relevantes en los pacientes con insuficiencia renal fueron: humor deprimido, sensación de culpabilidad, insomnio y síntomas somáticos, sin relevancia entre género pero si existiendo una diferenciación en cuanto a la edad prevaleciendo quienes se encuentran en edad adulta intermedia (41-65 años).
- A través de la observación, la exploración y la valoración psicológica se logra evidenciar que los pacientes generan inestabilidad emocional agregado a la falta de refuerzos, lo que da como consecuencia que se incremente la sintomatología depresiva.
- Durante las sesiones grupales y con la aplicación de la Terapia Racional Emotiva (TRE) se logró fortalecer la percepción de control que tienen los pacientes en relación a su enfermedad y tratamiento, lo que asume una incidencia sobre el aspecto emocional que reportó este grupo de investigación.

5.2 Recomendaciones

- A la Clínica Dial Ibarra continuar la intervención con Terapia Racional Emotiva como método en sus pacientes para la reducción de la sintomatología y mantener una buena salud mental; usando esta terapia como una alternativa más para el afrontamiento adecuado de la condición médica de quienes padecen Insuficiencia Renal Crónica.
- A la familia y a la sociedad generar mayor conciencia sobre la importancia que tiene la estabilidad emocional en pacientes que padecen enfermedades crónicas como la Insuficiencia Renal, con la finalidad de prevenir la depresión y efectos mayores que esto pueda crear, promoviendo prácticas que mejoren su calidad de vida.
- A estudiantes de Psicología se propone indagar el impacto psicológico que tienen las personas al momento de enterarse del padecimiento de una enfermedad crónica; para crear proyectos donde se pueda intervenir con talleres o sesiones grupales en los que se incluya la importancia del bienestar emocional generando así un estilo de vida integral y saludable.

CAPÍTULO VI

6. PROPUESTA ALTERNATIVA

6.1 Título de la propuesta

Terapia Racional Emotiva para la reducción de sintomatología depresiva en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.

6.2 Justificación e importancia

Cuando un individuo se ve abrumado por los cambios en el estilo de vida a causa de una enfermedad de índole médica, se empiezan a generar distintas conductas desadaptativas, comportamientos inadecuados y emociones inapropiadas; que se ven relacionados con la falta de estrategias de afrontamiento ante los miedos, preocupaciones, recuerdos negativos, pensamientos y sensaciones frente al tratamiento y en correlación al futuro.

La presente propuesta de intervención se justifica en la medida en que tendrá beneficiarios directos e indirectos los mismos que a continuación se detalla y se explica:

- Beneficiarios directos: pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en sus diferentes estadios. Es así que se trabaja con los beneficiarios directos en aspectos como la preparación psicológica para la disminución de los estados emocionales negativos que interfieren en su estabilidad.
- Beneficiarios indirectos: familiares, compañeros de trabajo, personal de la institución.

La intervención a desarrollarse involucra a dichos beneficiarios puesto que al responder efectivamente ante los acontecimientos mejora la relación interpersonal del paciente hacia sus familiares, compañeros, médicos a quienes les resulta más factible poder dirigirse y trabajar con sujetos hemodialíticos. Este proceso es de gran importancia por la necesidad de superar en estos pacientes la sintomatología depresiva cumpliendo con brindar a los individuos una calidad de vida digna y saludable.

6.3 Fundamentación

Es importante señalar que la Terapia Racional Emotiva tiene sus raíces en la vida personal de Ellis sobre todo en las experiencias vividas, cuando comenzó a hacer frente a sus propios problemas psicológicos y emocionales (Bernard, 2011).

Además de recibir influencia filosófica, como el mismo refiere: “todas las psicoterapias tienen principios filosóficos esenciales que les llevan a elegir algunas técnicas y a rechazar otras. Y la TRE, básicamente, está inspirada en la filosofía”.

Su principal fundamento terapéutico está tomado de Epicteto con su máxima: “Lo que turba a los hombres no son las cosas, sino las opiniones que de ellas se hacen” así como de Horney con su “tiranía de los deberías”, ya que al igual que Ellis sostiene que la persona debe tomar conciencia de que es ella misma quien se crea sus propias perturbaciones y quien tiene la capacidad de corregir su pensamiento y conducta para enfrentar sus problemas. (Ellis, 2007).

De esta manera la idea de fondo en la terapia de Albert Ellis es que las emociones son dependientes al sistema de creencias que cada uno tiene. Así la terapia consiste básicamente en cambiar la filosofía de vida personal, puesto que para Ellis son nuestras creencias las que nos perturban y no tanto los acontecimientos. Esto se refiere a las ideas base que mueven todo el sistema de creencias sobre nosotros mismos, los demás y el mundo.

Si nuestra filosofía de vida es irracional nuestro pensamiento se dejará guiar por ideas irracionales que nos llevarán a la perturbación con emociones negativas. Por el contrario si es racional tendremos una vida más feliz y auto-satisfactoria con emociones apropiadas, mediante la integración del pensamiento, los sentimientos y la conducta (Ellis, Caballo y Lega, 1999).

Dicho de una forma diferente buscamos mostrar de una manera integrada el cambio en la persona distinguiendo las ideas que alteran el estado de los pacientes evitando las consecuencias emocionales depresivas logrando la recuperación de los mismos o al menos modificando las situaciones generadoras en cambios positivos y que puedan brindar estabilidad emocional, seguridad y confianza en sí mismos.

6.4 Objetivos

6.4.1 Objetivo General

- Desarrollar técnicas fundamentadas por Albert Ellis para la reducción de síntomas depresivos en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica de la Clínica Dial Ibarra.

6.4.2 Objetivos Específicos

- Brindar una herramienta para mitigar síntomas depresivos que presentan los pacientes en diálisis, mediante la intervención individual.
- Fomentar en los pacientes la importancia de tener un buen nivel de autoestima como recurso para defenderse del impacto emocional permitiendo un bienestar y satisfacción personal.

6.5 Ubicación sectorial y física

La Clínica Dial Ibarra está ubicada en las calles Juan José Páez 2-71 y Abelardo Morán Muñoz en la ciudad de Ibarra-Ecuador.

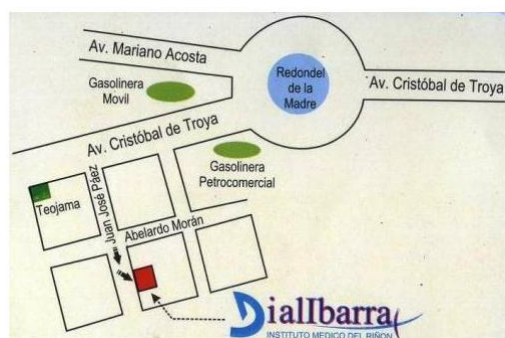


Ilustración 2 Mapa del secto

Fuente: Clínica Dial Ibarra

Es una unidad especializada en el cuidado y tratamiento de los riñones, prestando los servicios de:

- Consulta médica nefrológica
- Hemodiálisis

- Nutrición
- Trabajo social
- Psicología

6.6. Desarrollo de la propuesta

6.6.1. Terapia Individual

a) FASE INICIAL: Diagnóstica – Identificar emociones y conductas problemáticas.

b) Objetivo:

- Recabar la información pertinente a la historia de vida del paciente.
- Identificar ideas irracionales, incongruencias, pensamientos negativos.

c) Contenidos:

- Dentro de esta fase se encuentra la información que proporciona el paciente en cuanto a datos personales, motivo de consulta, historia de la enfermedad, anamnesis personal normal y patológica, anamnesis familiar normal y patológica, observaciones realizadas.
- Explicación a los pacientes sobre la terapia racional emotiva y los fines a conseguirse.
- Una ficha registro de pensamientos automáticos que relatan aspectos puntuales sobre emociones y conducta.

d) Actividades y tiempo:

Se averigua al paciente sobre aspectos relevantes de su vida, en cuanto a la historia de la enfermedad se indaga de manera que se conteste a las siguientes interrogantes:

- Hace cuánto tiempo tiene insuficiencia?
- Cuáles síntomas refiere que son los más relevantes?

- Esta sintomatología en que momentos se vivencia de mayor manera antes o después del tratamiento hemodialítico?

- Qué sentido da a su vida frente a la enfermedad?

- Se educa al paciente sobre las técnicas que se van a usar respecto a la terapia racional emotiva, mediante ejemplos conceptualizando claramente el proceso que se llevará a cabo.

- Registro de pensamientos automáticos, se indica al paciente que registre la situación cuando le informaron de su enfermedad, hace cuánto fue y con quien se encontraba en ese momento.

-Se le indica que describa con una palabra algunas de las emociones que tuvo en ese momento y las que tiene actualmente.

-Se le sugiere que señale la conducta que tuvo en ese instante y cómo reaccionó con el paso del tiempo (semanas, meses).

Escriba sus pensamientos automáticos en base a las siguientes preguntas:

- Qué pasó por su cabeza en ese momento?
- Qué es lo que quiere decir esto de mi vida y de mi futuro?
- Cuál es la peor cosa que podría ocurrir?
- Qué imagen o recuerdo más vívido tiene de la situación (su condición médica)?

Tiempo: 2horas – 2sesiones

e) Recursos

Hojas de historia clínica

Hojas de registro de pensamientos

Esfero, lápiz, borrador

f) Evaluación

De los pacientes muestra, refieren con claridad los aspectos mencionados dentro de las actividades, pese a que se procura ayudar al paciente a entender las indicaciones.

a) FASE MEDIA: Refutar creencias contraproducentes e identificar alternativas racionales.

b) Objetivo:

- Lograr discriminar las ideas perturbadoras dirigiendo al paciente al descubrimiento de nuevas alternativas racionales.

c) Contenidos:

El proceso está basado en identificar las ideas irracionales y buscar ideas opuestas, llevadas a cabo principalmente mediante preguntas dirigidas a ayudar al paciente a descubrir lo erróneo de sus ideas y plantear nuevas alternativas. Reforzando con el uso de técnicas cognitivas, emotivas, conductuales.

d) Actividades y tiempo

• Técnicas cognitivas

- Discusión y debate de las ideas irracionales, se logra que el paciente argumente sus juicios e ideas de manera que el discrimine si sus bases son lógicas o no.

Se hace preguntas de manera que efectúe un autoanálisis, éstas son del tipo:

¿En qué sentido es cierta o falsa su idea o lo que está pensando?

¿En qué otra forma puede ver esa misma situación?

¿Que produce esto en usted, en su conducta?

¿Qué consecuencias positivas o negativas obtiene de sus ideas?

¿Está manteniendo actitudes de exigencia o no se abre a otras opiniones?

- Tareas escritas, se pide al paciente que plasme en una lista lo siguiente:
 - Cosas que más le gusta hacer
 - Personas con las que más a gusto se siente
 - Virtudes o aspectos positivos que tiene y cree que los demás ven en usted
 - Defectos o aspectos negativos que tiene y cree que los demás ven en usted
 - Dificultades sociales que considere más importantes
 - Sus principales metas en la vida
 - Las cosas que más le gustaría cambiar de sí mismo

- **Técnicas emotivas**
 - Autodescubrimiento, admitir junto al paciente honestamente que se ha tenido problemas similares en cuanto a frustración, vergüenza, culpabilidad.
 - Usar historias, se sugiere al paciente la lectura de algún libro de autoayuda, con el fin de que ellos analicen situaciones similares y hagan sus propios juicios.
 - Ejercicios para superar la vergüenza, exponerlo a una situación gradualmente de modo que minimice el sentimiento presente.

- **Técnicas conductuales**
 - Tareas para casa, el paciente trata de aumentar el nivel de tolerancia a la frustración realiza registros de los momentos en que cambia su conducta y que hace para combatir esto.
 - “Quedarse allí”, el paciente tolera el descontento de su situación específica por medio del recuerdo para romper con la incomodidad que le aqueja. Esto se realiza a través de la imaginación y la relajación.

Tiempo: 3horas – 3sesiones

e) Recursos

Hojas de registro de actividades

Esfero, lápiz, borrador

Computadora

Música de relajación

f) Evaluación:

- Los pacientes refieren sentirse abrumados con la confrontación de sus propias ideas.
- También manifiestan sentir sensaciones positivas al final de la terapia.
- Las personas refieren la complejidad que tienen de establecer sus virtudes y defectos.
- Además manifiestan que en la actualidad son más tolerantes y afrontan de mejor manera su problema.
- La relajación les ayuda a tener más concentración y a sentir más tranquilos, descargados y con más alivio.

FASE FINAL: Fortalecer los hábitos racionales

a) Objetivo:

- Preparar a los pacientes a automatizar los cambios efectuados durante el proceso.

b) Contenidos:

Se prepara al paciente a interiorizar su nueva filosofía de vida, procurando que lo aprendido lo ponga en práctica en su vida cotidiana a través del autoreforzamiento y habituación.

c) Actividades y tiempo:

- Retroalimentación de los trabajos en sesiones anteriores
- Sugerir al paciente a habituarse hacer TRE diariamente

- Autoreforzarse por pensar y actuar racionalmente
- Actuar en su vida diaria de manera consistente en base a su nueva perspectiva de vida.
- Socializar con otras personas, animar a tener experiencias de cambio.

Tiempo: 2horas – 2sesiones

d) Recursos

Hoja de registros de resultados que refieren tener los pacientes.

Esfero, lápiz, borrador

e) Evaluación

La mayor parte de la muestra mencionan haber tenido mejoría, haber cumplido con las actividades y sentirse más a gusto con las nuevas ideas y sugerencias a su estilo de vida.

El grupo restante de pacientes muestran cierta resistencia ante el proceso.

6.6.2. Socialización Grupal

a) Taller sobre AUTOESTIMA

b) Objetivo:

- Generar en los pacientes sentimientos de aceptación y aprecio a sí mismos.

c) Contenidos:

- Se trabaja en este taller acerca de

-Qué es el AUTOESTIMA

-Factores del autoestima.- La autocrítica

-La responsabilidad

- El respeto hacia sí mismo
- El límite de los propios actos
- La autonomía
- Relación del autoestima y la calidad de vida
- Las seis prácticas fundamentales del autoestima según Branden
- Cómo mejorar el autoestima

d) Actividades y tiempo

- Saludo inicial a los participantes del grupo
- Los integrantes comentan sobre cómo se sienten en este momento y como han estado durante la semana.
- Realizamos una dinámica de integración
- Nos sentamos en círculo
- Se trabaja con el tema propuesto
- Se realiza un conversatorio con los participantes sobre el tema, cada uno da su aporte, opinión personal y sugerencias.
- Relajación para mejorar el autoestima y la motivación (Hadley J., Staudacher C.)

Tiempo: 1h 20m – 1 sesión

e) Recursos:

Computadora

Presentación power point

Música de relajación

f) Evaluación:

El grupo de participantes refieren que no conocían acerca del autoestima, y que en su mayoría después de la información recibida y explicación se dan cuenta que su autoestima ha declinado a causa de su enfermedad médica.

a) Taller sobre EL PERDÓN EN EL PROCESO DE LA ENFERMEDAD

b) Objetivo:

- Permitir que los integrantes se liberen de sus creencias y actitudes limitantes.

c) Contenidos:

- Se trabaja en este taller acerca de:

-Qué es el PERDÓN

-Dimensiones.- Física

-Psicológica

-Social

-Espiritual

-Salud ligada a sentimientos de culpa, resentimiento, reconciliación

-Principales componentes del perdón

-A quien se dirige el perdón

-Las doce etapas del perdón

d) Actividades y tiempo:

- Saludo inicial a los integrantes del grupo
- Los integrantes comentan sobre cómo se sienten en este momento y como han estado durante la semana.
- Realizamos una dinámica de integración
- Nos sentamos en círculo
- Se trabaja con el tema planteado
- Se realiza una retroalimentación con los participantes sobre el tema, cada uno brinda su comentario y apreciación personal.
- Relajación problemas de salud (Hadley J., Staudacher C.)

Tiempo: 1h 20m – 1sesión

e) Recursos:

Computadora

Presentación power point

Música de relajación

Cámara fotográfica

f) Evaluación

-Los integrantes del grupo refieren sentirse bien, haber interiorizado sobre las personas a quienes desearían pedir perdón y el deseo de perdonarse a sí mismos por actitudes negativas del pasado y el presente.

-Mencionan también el tener una nueva perspectiva, saber que aun en su condición médica tienen una nueva oportunidad de vida.

-Todos los pacientes refieren creer en Dios y ser el quien da, quita la vida y motiva al perdón hacia los demás.

-Después de la relajación manifiestan sentirse aliviados, seguros y con ganas de seguir viviendo el día a día.

6.7. Impactos

La aplicación de la propuesta planteada en los ítems anteriores generará una serie de huellas o impactos positivos en las diferentes áreas o ámbitos, las mismas que a continuación se detallan.

6.7.1 Impacto psicológico

Con seguridad el impacto más relevante o alto positivo que se cree con la propuesta será el emocional y conductual, es decir se evidenciará el cambio de comportamiento y las nuevas sensaciones ante estos cambios en los pacientes que tienen Insuficiencia Renal Crónica, siendo

las razones principales que se logra encontrar alternativas que permitan la mejoría en los individuos y de esta manera brindar estabilidad emocional que beneficie en su desempeño cotidiano.

6.7.2 Impacto familiar

Es indudable que la mejoría de los síntomas depresivos hará que el círculo familiar adquiera mejores vínculos afectivos y las relaciones interpersonales permitan un ambiente de afecto y respeto. Existirá una consolidación familiar e integración del grupo.

6.7.3 Impacto social

En el ámbito social el impacto puede considerarse positivo ya que el hecho de intervenir en el grupo de pacientes con insuficiencia de una manera directa e indirecta mejora a la comunidad o sociedad por que se vuelven más productivos y se forjan como ciudadanos que asumen la necesidad del cambio personal que asegure un buen desenvolvimiento en la sociedad que consigo trae innumerables cambios.

6.7.4 Impacto educativo

Desde el punto de vista educativo la propuesta planteada difunde un impacto en la medida en que puede ser una fuente de consulta para otros estudiantes quienes se interesen por el proceso de la psicología basada en la Terapia Racional Emotiva. Además los datos obtenidos en el diagnóstico y pos-test pueden ser usados de forma académica para la redacción de próximas investigaciones.

6.8. Difusión

Para la difusión se optará por una charla al personal de la institución como un método directo de transmisión de la información. Se llevará a cabo la presentación del plan de intervención y la debida explicación de los beneficios que trajo consigo. Esto será plasmado ante una reunión de directivos de la institución y a los pacientes socializando de esta manera los resultados de las técnicas puestas en práctica.

6.9. Bibliografía

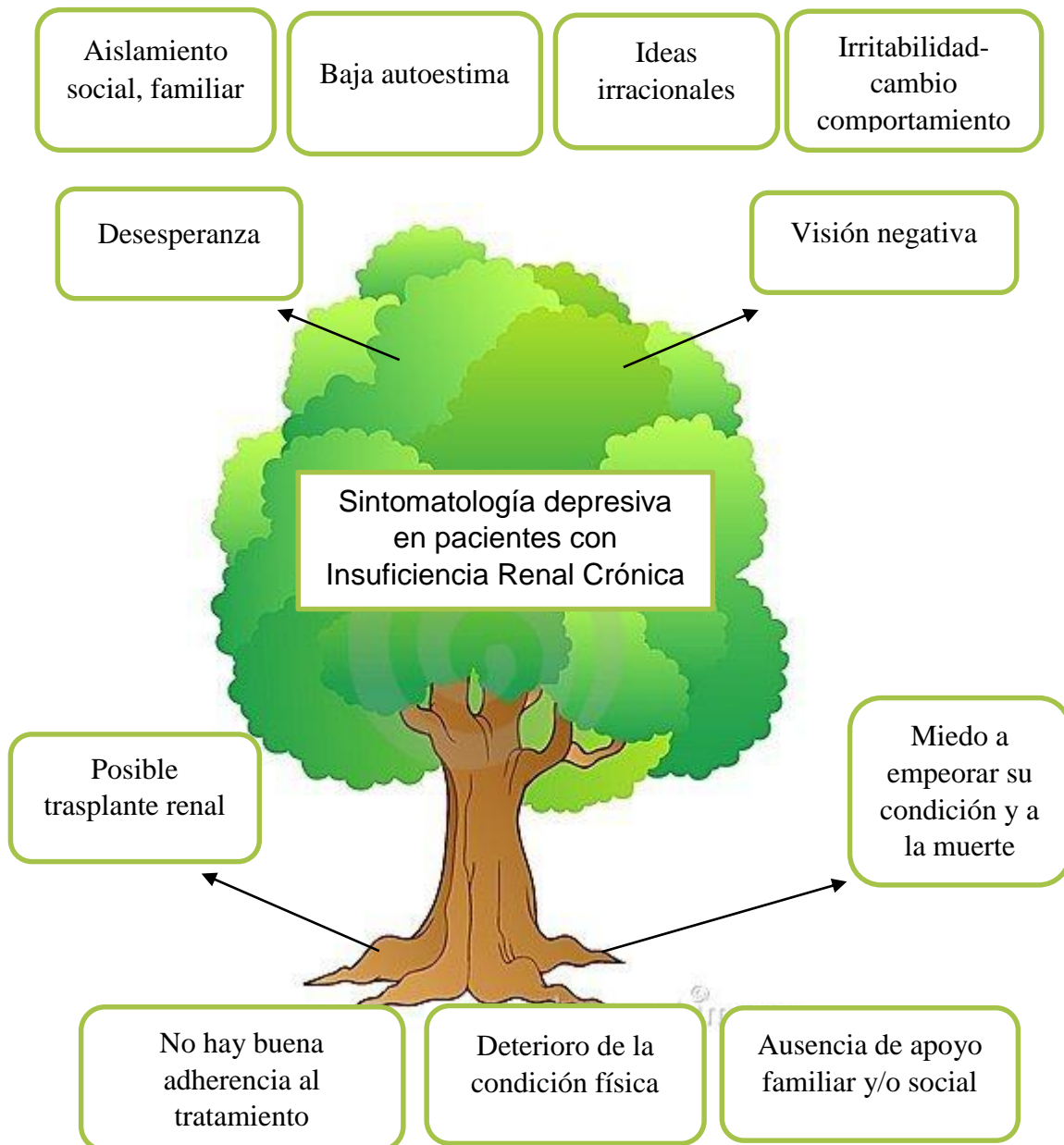
- Adler, A. (1946). *El Sentido de la Vida*. Barcelona: Miracle .
- Almansa, C. (2011). Las doce creencias irracionales que sustentan la neurosis (A. Ellis) y los doce curadores (E. Bach): estudio de su correspondencia. CONGRESO SEDIBAC de Terapia Floral , (pág. 36).
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (2005). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao: DESCLÉE DE BROWER, S.A.
- Bernard, M. (2011). *Rationality and the pursuit of happiness: The legacy of Albert Ellis*. Wiley-Blackwell.
- Berry , L., Escamilla, M., Hoger, V., Hollingsworth, D., Lepain, N., & Tushla, L. (s.f). *Insuficiencia renal y Diálisis*. National Kidney Foundation of Illinois, 5.
- Borbolla, D. (2009). *La TREC una técnica alternativa en el tratamiento de la depresión* . Gante.
- Caballo, V. (1999). *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de la conducta*.
- Calderón, M. A. (Junio de 2010). “El abordaje psicológico desde Ellis en pacientes que padecen de Insuficiencia Renal Crónica, en edades comprendidas entre los 30 y 65 años del área de Hemodiálisis del Hospital Carlos Andrade Marín”. Quito, Pichincha, Ecuador: UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA SEDE QUITO .
- Cardona, P. (2009). *La Depresión*. Madrid: Dossat.
- Christensen, A. J., & Ehlers, S. L. (2012). Psychological Factors in End-Stage Renal Disease: An Emerging Context. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 725.
- Ellis, A. (1998). *Razón y Emoción en Psicoterapia*. México D.F: Siglo XXI.
- Ellis, A. (2007). *Ser feliz y vencer las preocupaciones*. . España: Obelisco.
- Ellis, A., & Dryden, W. (1989). *La práctica de la Terapia Racional Emotiva (RET)*. Bilbao: Desclée de Brouwer S.A.
- ELLIS, A., CABALLO, V., & LEGA, L. (1999). “Terapia Racional Emotivo Conductual”. México D.F: Siglo XXI.
- Gabalda. (2007). *Manual Teórico Práctico de Psicoterapias Cognitivas, La Terapia Racional Emotiva Conductual*. Bilbao: Spain.

- Hernández, N., & Sánchez, A. (2007). - Hernández, N., Manual de Psicoterapia Cognitivo Conductual Para Trastornos de la Salud. Ed. Amertown International S.A.
- Horney, K. (1950). Neurosis and human growth. Nueva York: Norton.
- Incer, H. (2009). Terapia Racional Emotivo - Conductual (TREC). Obtenido de [http://www.centrolezahbi.org/docs/Terapia-Racional-Emotivo-Conductual \(TREC\).](http://www.centrolezahbi.org/docs/Terapia-Racional-Emotivo-Conductual (TREC).)
- J.M., C. (2011). Enfermedades Mentales. México: Manual Moderno.
- Lardiés, G. (3 de Abril de 2008). Vida emocional. Zaragoza, España. Obtenido de <http://www.vidaemocional.com/index.php?var=08040301>
- Luzuriaga, D. (2010). Luzuriaga, (2010); el trastorno psicológico deriva de “las creencias irracionales”. Una creencia irracional se caracteriza por perseguir una meta personal de modo exigente, absolutista y no flexible. Cuenca : Universidad del Azuay.
- Mayorga, T. (2014). Tesis de Grado: Aplicación de Terapia Racional Emotiva de Ellis para el fortalecimiento de la autoestima en pacientes adultos con insuficiencia renal atendidos en la Clínica de los riñones Menydia de la ciudad de Ambato. Ambato: PUCESA.
- Minici, Rivadeneira, & Dahab. (2001). Terapia Cognitivo Conductual. Terapia Cognitivo Conductual y Ciencias del Comportamiento.
- Mok E, T. B. (2001). Stressors and coping methods among chronic haemodialysis patients in Hong Kong. . Journal of clinical nursing.
- Molina, L. S., & Martí, B. A. (2010). Comprender la depresión. Barcelona: Amat.
- Morales , R., Salazar, E., Flores, F., Bocchicchio, T., & López, A. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con tratamiento sustitutivo renal:el papel de la Depresión. Cuernavaca: Morelos.
- Navas, J. (2010). Terapia Racional Emotiva. Revista Latinoamericana de Psicología, 75-83.
- Neenan. (2008). Cognitive Behaviour Therapy (CBT) to Cognitive Behaviour Coaching (CBC). Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy, 15.
- OMS. (Abril de 2016). La depresión. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>.

- Páez, A., Jofré, M., Azpiroz, C., & De Bortoli, M. (2008). Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. San Luis, Argentina: Artículo de revista.
- Paula, I. (2007). NO PUEDO MAS!: INTERVENCION COGNITIVOCONDUCTUAL ANTE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA. España: Wolters Kluwer.
- Piaskowski, P. (2004). Hemodiálisis y diálisis peritoneal .
- Reynoso, L., & Seligson Nisenbaum, I. (2005). Psicología de la salud. Un enfoque conductual. México: Editorial El Manual Moderno.
- Riso, W. (2011). Terapia Cognitiva. Fundamentos teóricos y conceptualización del curso clínico. Buenos Aires: PAIDÓS.BARCELONA.
- Sarason, I. (2006). Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada. México: PEARSON EDUCACIÓN.
- Sistema de Diálisis Peritoneal. (2004). Guía Tecnológica No. 16, página 7.
- Torres, Z. C. (2003). Insuficiencia Renal Crónica. Revista Médica Heredia , 1.
- Venado, A., Moreno, J., Rodríguez, M., & López, M. (s.f). Insuficiencia Renal Crónica. Unidad de Proyectos Especiales, Universidad Autónoma de México, 14-16.
- Zimbardo, P., & Gerrig, R. (2005). Psicología y vida. México: Pearson Educación de México.

ANEXOS

ANEXO 1 Árbol de problemas



ANEXO 2 Matriz de coherencia

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL
<p>¿Cuál es el efecto que conlleva la aplicación de Terapia Racional Emotiva cómo técnica en pacientes con síntomas depresivos que padecen Insuficiencia Renal Crónica de la Clínica Dial Ibarra?</p>	<p>Reducir los síntomas depresivos en pacientes que padecen Insuficiencia Renal Crónica por medio de la aplicación de Terapia Racional Emotiva.</p>
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PREGUNTAS DE INTERROGACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el nivel de depresión de los pacientes a través de indicadores de la Escala de Hamilton para la depresión. • Establecer los estados emocionales que se manifiestan en el transcurso de la enfermedad médica por medio de la aplicación de la Historia Clínica breve como un recurso para la obtención de información concreta. • Complementar la Terapia Racional Emotiva a través de sesiones grupales con la muestra establecida. 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿De qué manera se puede determinar el nivel de depresión de los pacientes investigados? • ¿Mediante que métodos se va a reducir la sintomatología depresiva? • ¿En qué medida disminuyen los síntomas depresivos luego de la aplicación de la Terapia Racional Emotiva en pacientes insuficientes renales?

ANEXO 3 Instrumento de aplicación



Escala de Hamilton para la Depresión

Nombre:

Edad:

Ítems	Criterios operativos de valoración
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche

	<p>2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)</p>
6. Insomnio tardío	<p>0. Ausente</p> <p>1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse</p> <p>2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama</p>
7. Trabajo y actividades	<p>0. Ausente</p> <p>1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones</p> <p>2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación</p> <p>3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad</p> <p>4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad</p>
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de la palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	<p>0. Palabra y pensamiento normales</p> <p>1. Ligero retraso en el diálogo</p> <p>2. Evidente retraso en el diálogo</p> <p>3. Diálogo difícil</p> <p>4. Torpeza absoluta</p>
9. Agitación	<p>0. Ninguna</p> <p>1. “Juega” con sus manos, cabellos, etc.</p> <p>2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.</p>
10. Ansiedad psíquica	<p>0. No hay dificultad</p> <p>1. Tensión subjetiva e irritable</p> <p>2. Preocupación por pequeñas cosas</p> <p>3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla</p> <p>4. Terrores expresados sin preguntarle</p>
11. Ansiedad somática	<p>0. Ausente</p> <p>1. Ligera</p> <p>2. Moderada</p> <p>3. Grave</p> <p>4. Incapacitante</p> <p>Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ~ Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retorcijones ~ Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias ~ Respiratorios: Hiperventilación suspiros ~ Frecuencia urinaria ~ Sudoración
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	<p>0. Ninguno</p> <p>1. Pérdida de apetito, pero come sin necesidad de que estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen</p> <p>2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales</p>

13. Síntomas somáticos generales	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2
14. Síntomas genitales	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante <p>Síntomas como</p> <ul style="list-style-type: none"> ~ Pérdida de la libido ~ Trastornos menstruales
15. Hipocondría	<ul style="list-style-type: none"> 0. No la hay 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas
16. Pérdida de peso (completar A o B)	<ul style="list-style-type: none"> A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación) <ul style="list-style-type: none"> 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definido (según el enfermo) B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (evaluaciones siguientes) <ul style="list-style-type: none"> 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana 1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana 2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)
17. Insight (conciencia de enfermedad)	<ul style="list-style-type: none"> 0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que esté enfermo

ANEXO 4 Historia Clínica abreviada



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD DE EDUCACIÓN, CIENCIA
Y TECNOLOGÍA

CARRERA DE PSICOLOGÍA GENERAL



HISTORIA CLÍNICA ABREVIADA

I. Datos personales

Nombre _____ Edad _____ -

—

Fecha entrevista _____ Sexo M / F

Diagnóstico médico _____

Estado civil _____ N° de hijos _____ Ocupación _____ Profesión _____

Etnia: _____

II. Motivo de consulta

III. Historia de la enfermedad

IV. Anamnesis personal Normal y Patológica

V. Anamnesis familiar Normal y Patológica

Diagnóstico Psicológico _____

Observaciones _____

ANEXO 6 Formulario para el análisis de ideas irracionales

Formulario para el análisis de ideas irracionales	
Qué sucedió? (A)	R:
Qué sentí? (Ce)	R:
Qué pensé al sentirme así?	R:
Qué hice? (Cc)	R:
Qué pensé al actuar así?	
<p>Qué consecuencias tuvo sentir, pensar y actuar así a corto plazo?</p> <p>Y a corto plazo?</p> <p>Y a largo plazo?</p>	R:
<p>Si la misma situación (A), o una similar volviese a ocurrir:</p> <p>Cómo me gustaría sentirme?</p> <p>Cómo me gustaría actuar?</p> <p>Cómo me gustaría pensar?</p>	R:
<p>Estos nuevos pensamientos, sentimientos y conductas aumentarían la probabilidad de mejores resultados:</p> <p>De qué manera a corto plazo?</p> <p>De qué manera a largo plazo?</p>	R:

ANEXO 7 Formulario para el establecimiento de metas en la TRE

FORMULARIO PARA EL ESTABLECIMIENTO DE METAS

El siguiente formulario tiene como propósito ayudarle a establecer metas reales a corto y a largo plazo con la utilización de imágenes guiadas. Siga paso a paso las instrucciones, que pueden ser dadas por su terapeuta o leídas directamente por usted y complete las secciones correspondientes a cada paso.

Sección I: Cierre sus ojos e imagine su vida en el futuro, dentro de 5 años, en una situación ideal, donde todo lo que sucede es positivo. Trate de visualizar el mayor número de detalles posibles, como vida familiar, situación económica y de trabajo, etcétera.
(Deje pasar dos o tres minutos)

Ahora abra los ojos y describa dicha situación por escrito en este espacio

Sección II: Vuelva a cerrar los ojos y a colocarse nuevamente 5 años en el futuro. Imagine su vida, pero esta vez bajo las peores condiciones posibles de familia, trabajo, etc. Recuerde, es muy importante hacerlo con el mayor lujo de detalles.

(Deje pasar otros dos o tres minutos)

Ahora abra nuevamente los ojos y describa esta segunda situación por escrito en el siguiente espacio.

Sección III: Por último, cierre los ojos y trate de imaginar nuevamente su futuro, Pero esta vez dentro de un año y bajo una perspectiva REAL.

(Espere dos o tres minutos)

Abra los ojos y describa esta última situación por escrito en el siguiente espacio

Una vez finalizada esta parte, pase a la siguiente sección.

Selección de metas específicas: Examine sus respuestas a las secciones anteriores: ¿Ve algunos elementos en común? ¿Cuáles son? ¿Cómo se relacionan los aspectos ideales positivos y negativos en las secciones I y II, con su probable situación dentro de un año, descrita en la sección III?

Sección IV: Basados en el análisis anterior, escriba a continuación una meta PROBABLE que quisiera lograr en el próximo año, descrita en términos MUY ESPECÍFICOS. Por ejemplo, “conseguir un empleo que aumente mi ingreso anual en, por lo menos, una tercera parte” en lugar de “mejorar mi situación de trabajo” o “ser más feliz”

META A LOGRAR EN ESTE PRÓXIMO AÑO:

¿Cómo quiero llegar a actuar?

¿Cómo quiero llegar a sentir?

¿Cómo quiero llegar a pensar?

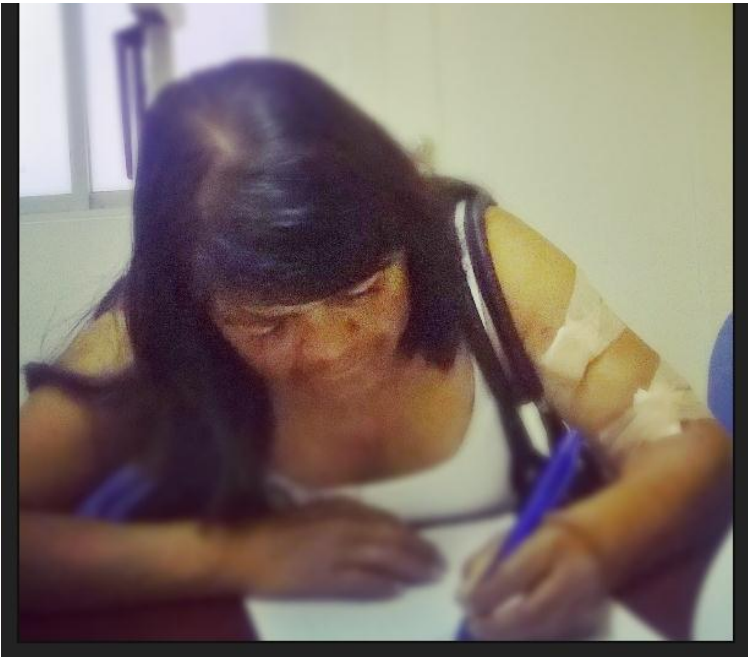
Sección V: ETAPAS INTERMEDIAS. En términos reales ¿qué debo de haber logrado en puntos intermedios de tres y seis meses?

Por ejemplo, ¿puedo lograr este aumento en mi lugar de trabajo? ¿Debo buscar empleo en otros lugares? Si este es el caso, ¿Cuántas agencias de empleo debo contratar? ¿Necesito revisar mi currículum vitae? ¿Necesito más entrenamiento? Si es así, ¿Cuánto tiempo precisaría? ¿Dónde puedo hacerlo?

META A SEIS MESES

META A TRES MESES

ANEXO 8 Aplicación de Test



ANEXO 9 Intervención individual

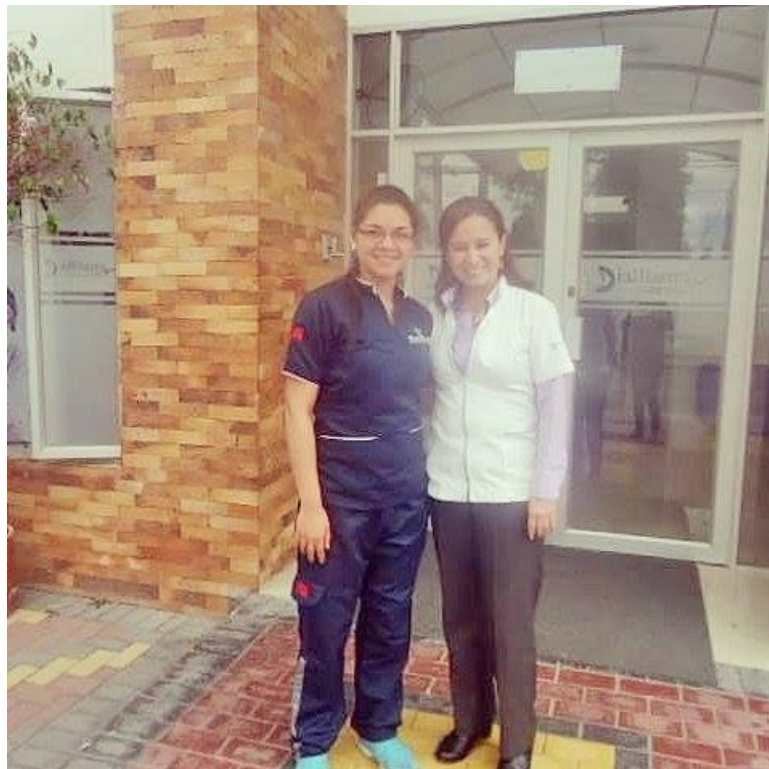


ANEXO 10 Intervención grupal





ANEXO 11 Junto a la Gerente General de la Clínica Dial Ibarra



ANEXO 12 Tríptico para pacientes



Cuando una persona atraviesa situaciones difíciles empieza a generar diferentes emociones y sentimientos, es ahí cuando debe tomar en cuenta el cambio que estas traen a su vida cotidiana.

Su felicidad depende de una sola cosa, la capacidad que usted tenga para afrontar las adversidades..

Es el mismo ser humano quien se limita y pone barreras en su vida, pero cuando empieza a tomar el control y realizar cambios en su comportamiento y tener pensamientos mas realistas y positivos es cuando la persona piensa, siente y actúa de manera coherente.

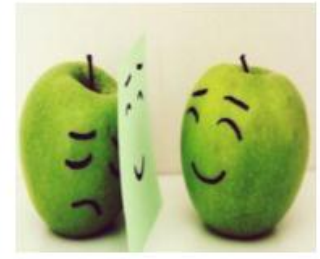
Es el momento entonces que da paso al cambio y busca la satisfacción y bienestar personal.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

PSICOLOGÍA GENERAL

ACEPTAR NUESTRAS EMOCIONES



ELABORADO POR:
SHARON ENRÍQUEZ

Cuánto nos cuesta aceptar nuestras emociones?

Es necesario para nuestro bienestar, equilibrar nuestro aspecto racional y emocional.



Las exigencias personales, sociales y laborales del día a día, pueden hacerle sentir inconforme consigo mismo.



Cuando esto suceda pregúntese como está su autoestima y si necesita hacer cambios en su vida.

Perdonarse y perdonar también es una manera de liberarse, además de permitirnos aceptar nuestras emociones.



ANEXO 13 Certificado de aceptación institucional

Ibarra, 22 de agosto del 2016

CERTIFICADO

A petición de la Srta. Sharon Michelle Enríquez Ortega, con cédula de identidad No. 0401511407, estudiante de la Universidad Técnica del Norte, otorgamos el siguiente certificado indicando que se aprobó la realización de la Tesis de Grado en nuestra Unidad con el tema: "REDUCCION DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA A TRAVES DE TERAPIA RACIONAL EMOTIVA EN PACIENTES QUE PADECEN INSUFICIENCIA RENAL CRONICA QUE ACUDEN A LA UNIDAD RENAL DIALIBARRA, EN EL PERIODO MARZO-JULIO DEL 2016".

Por la presente debemos reconocer el trabajo realizado por la señorita Enríquez durante su permanencia en esta Unidad, demostrando siempre mucho profesionalismo, dedicación, eficiencia y respeto hacia los pacientes con los que fueron partícipes de este proceso

Nuestra felicitación sincera por el trabajo realizado en esta Unidad, quedamos muy agradecidos por su participación y le deseamos éxitos en su carrera.

Atentamente,

Amparo Montalvo V.
GERENTE

ANEXO 14 Certificado de veracidad de la información



UNIDAD RENAL DIALIBARRA



Ibarra, 22 de agosto del 2016

CERTIFICADO

A petición de la Srta. Sharon Michelle Enríquez Ortega, con cédula de identidad No. 0401511407, estudiante de la Universidad Técnica del Norte, otorgamos el siguiente certificado indicando que se sociabilizó el tema: "REDUCCION DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA A TRAVES DE TERAPIA RACIONAL EMOTIVA EN PACIENTES QUE PADECEN INSUFICIENCIA RENAL CRONICA QUE ACUDEN A LA UNIDAD RENAL DIALIBARRA, EN EL PERIODO MARZO-JULIO DEL 2016".

La Srta. Sharon Enríquez, demostró con su trabajo diario realizado un desempeño excelente y mucho carisma para tratar con los señores pacientes, bajo la supervisión de la Psicóloga Clínica Dra. Nelly Silva profesional a cargo de nuestra Unidad.

La interesada puede hacer uso del presente certificado como lo estime conveniente.

Atentamente,

Amparo Montalvo V.
GERENTE

Dra. Nelly Silva
PSICOLOGA

Dirección: Juan José Páez y Abelardo Morán (Urb. La Quinta)
Telf. 062 640 115 - 062 640 056 Cel. Movistar: 0983507527 Claro: 0999590772
E-mail: dialibarra@yahoo.com / Ibarra - Ecuador