



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

MAESTRÍA EN PSICOLOGIA MENCIÓN NEUROPSICOLOGÍA DEL APRENDIZAJE

TEMA:

**RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y LA ATENCIÓN SELECTIVA-
SOSTENIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
EN HEMODIÁLISIS**

AUTOR: Sra. Jurado Espinoza Karen Mercedes

DIRECTOR TFM: Mgtr. Ortiz Delgado Diana Carolina

Milagro, Diciembre 2021


ECUADOR

ACEPTACION DE LA TUTORA

ACEPTACIÓN DE LA TUTORA

Por la presente hago constar que he analizado el proyecto de grado presentado por la **Sra. Karen Mercedes Jurado Espinoza**, para optar por el título de **Magíster en Psicología Mención Neuropsicología del Aprendizaje** y que acepto tutoriar a la estudiante durante la etapa del desarrollo de su trabajo hasta su presentación, evaluación y sustentación.

Milagro, a los 14 días del mes de junio del 2021



Mgr. Ortiz Delgado Diana Carolina

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

El autor de esta investigación declara ante el comité Académico del programa de **Maestría Psicología mención Neuropsicología del Aprendizaje** de la Universidad Estatal de Milagro, que el trabajo presentado es de mi propia autoría, no contiene material escrito por otra persona, salvo el que está referenciado debidamente en el texto; parte del presente documento o en su totalidad no ha sido acetado por el otorgamiento de cualquier otro título en una institución nacional o extranjera.

Milagro, a los 16 días del mes de noviembre de 2021



Karen Jurado Espinoza

CI:0923559686

CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA

CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA

EL TRIBUNAL CALIFICADOR previo a la obtención de título de Magister en Psicología mención Neuropsicología del Aprendizaje, otorga al presente proyecto de investigación las siguientes calificaciones:

MEMORIA CIENTIFICA	[60]
DEFENSA ORAL	[40]
TOTAL	[100]
EQUIVALENTE	[EXCELENTE]



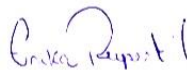
FIRMA

MSc. Narcisa Cordero Alvarado
PRESIDENTA DEL TRIBUNAL



FIRMA

MSc. Diana Ortiz Delgado
DIRECTOR DE TFM



FIRMA

MSc. Erika Ruperti Lucero
SECRETARIA DEL TRIBUNAL

DEDICATORIA

A mi esposo, que es la persona que más admiro,
a mis hijas que son el motor y mayor motivación,
a mis abuelos que fueron mi ejemplo de vida y a
las personas que padecen de enfermedad renal
crónica que, a pesar de las dificultades y
complicaciones que se presentan a lo largo de su
tratamiento, continúan demostrando su fortaleza.

Karen Jurado

AGRADECIMIENTO

A Dios, que es el que me dota de las herramientas necesarias para llevar a cabo cada una de mis metas propuestas, el que me abre camino permitiéndome llegar hasta este bonito momento de mi vida.

A mi esposo, que es mi apoyo constante y el que me motiva a emprender nuevas metas.

A mi familia predispuesta siempre en ayudarme, a mis maestros por cada una de sus enseñanzas y a todas las personas importantes que conocí en la trayectoria de la maestría de las cuales he adquirí muchos aprendizajes.

A todos ellos mi sincera gratitud.

Karen Jurado

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

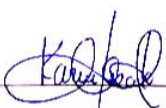
Ingeniero.
Fabricio Guevara Viejó, PhD.
Rector de la Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Mediante el presente documento, libre y voluntariamente procedo a hacer la entrega de la cesión de Derecho del Autor del Trabajo realizado como requisito previo para la obtención de mi título de Cuarto Nivel, cuyo tema fue: Relación entre Depresión y la Atención Selectiva- Sostenida en Pacientes Con Insuficiencia Renal Crónica en Hemodiálisis y que corresponde al Departamento de investigación y Postgrado.

La Dirección

Milagro, 8 de diciembre del 2021



Karen Jurado Espinoza

CI:0923559686

ÍNDICE GENERAL

CARÁTULA	i
ACEPTACION DE LA TUTORA	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN	iii
CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA.....	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR	vii
ÍNDICE GENERAL	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	x
ÍNDICE DE TABLAS	xi
RESUMEN	xii
ABSTRACT.....	xiii
CAPÍTULO 1	1
1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Planteamiento del problema.....	3
1.2. Objetivos	5
1.3. Justificación.....	5
CAPÍTULO 2	7
2. MARCO TEÓRICO.....	7
2.1. Antecedentes Históricos	7
2.2. Antecedentes Referenciales	10
2.3. Fundamentación Teórica	14
2.3.1. Atención	14
2.3.2. Características	16
2.4. Modelos neuropsicológicos de la atención.....	17
2.4.1. Modelo de Sohlberg y Mater	17
2.4.2. Modelo de Posner y Petersen.....	18
2.5. Neuroanatomía de la atención	20
2.6. Depresión: definición, tipos y estudios de prevalencia en patologías	21
2.6.1. Tipos de depresión	22
2.7. Insuficiencia renal crónica	23
2.8. Marco Conceptual.....	25

2.9.	Hipótesis General	25
2.10.	Hipótesis específica	25
2.11.	Operacionalización de variables	27
CAPÍTULO 3.....		28
3.	MARCO METODOLÓGICO	28
3.1.	Tipo de investigación	28
3.2.	Método de investigación	28
3.3.	Enfoque de la investigación	29
3.4.	Instrumentos	29
3.4.1.	Test de evaluación de la atención D2	29
3.4.2.	Escala de depresión BDI	30
3.5.	Población y Muestra	31
3.5.1.	Delimitación de la población	31
3.5.2.	Tipo de muestra	31
4.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	33
4.3.	Verificación de hipótesis	44
CONCLUSIONES		46
RECOMENDACIONES		47
BIBLIOGRAFÍA		48
ANEXOS		54

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Modelo de Posner y Petersen (1990).....	19
Figura 2 Género de los pacientes	33
Figura 3 Edad de los pacientes.....	34
Figura 4 Tiempo de diálisis de los pacientes	35
Figura 5 Niveles de depresión de los pacientes	36
Figura 6 Niveles de atención selectiva.....	37
Figura 7 Niveles de atención sostenida.....	38
Figura 8 Contratación de género con depresión	41
Figura 9 Contratación Género y atención selectiva.....	42
Figura 10 Contratación género y atención sostenida.....	44

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de variables	27
Tabla 2 Género de los Pacientes	33
Tabla 3 Edad de los pacientes	34
Tabla 4 Tiempo de diálisis de los pacientes.....	35
Tabla 5 Niveles de Depresión de los Pacientes	36
Tabla 6 Niveles de atención selectiva	37
Tabla 7 Niveles de Atención Sostenida	38
Tabla 8 Correlación entre las variables depresión y atención selectiva-sostenida	39
Tabla 9 Contratación de género con depresión.....	40
Tabla 10 Contrastación Género y atención selectiva.....	42
Tabla 11 Contrastación género y atención sostenida.....	43
Tabla 12 Verificación de hipótesis	45

Relación de la depresión con la atención selectiva y sostenida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis

RESUMEN

El propósito de la investigación es determinar la relación entre depresión y atención selectiva- sostenida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis de la Unidad de Diálisis Reynadial, por medio de evaluaciones neuropsicológicas con el fin de diseñar un programa de rehabilitación cognitiva atencional. El tipo de orientación fue descriptiva, con un alcance correlacional y la estrategia fue de estudio No Experimental y de tipo trasversal, mientras que el método de investigación es inductivo-deductivo, con la finalidad de la determinación de la relación entre la depresión y la atención selectiva-sostenida sobre pacientes que sufren la enfermedad renal. La población fueron pacientes con insuficiencia renal crónica entre 30 y 60 años de edad atendidos en el área de diálisis durante septiembre 2020 hasta agosto 2021, se determinaron la consistencia de 100 pacientes con estas características y la muestra de tipo probabilística aleatoria simple, que dio como resultado para 86 pacientes. Como resultados se tiene la correlación negativa moderada entre la depresión y la atención selectiva-sostenida ($r = -0,210$ y $r = -0,081$ respectivamente), es decir que las variables tienen una relación inversa, que según indica que mientras una variable aumenta, la otra disminuye. Esto indica que, si la depresión aumenta, la atención selectiva-sostenida disminuye, los hombres son más afectados en la depresión y en la atención selectiva-sostenida frente a las mujeres. Una vez realizado la prueba de la hipótesis, se demuestra la significancia entre ambas variables, por lo que se acepta la hipótesis alternativa y se rechaza la hipótesis nula al tener un valor de significancia bilateral de 0,000.

PALABRAS CLAVE: Atención selectiva, Atención sostenida, Depresión, Insuficiencia renal.

Relationship of depression with selective and sustained attention in patients with chronic kidney failure on hemodialysis

ABSTRACT

The purpose of the research is to determine the relationship between depression and selective-sustained attention in patients with chronic renal failure on hemodialysis at the Reynadial Dialysis Unit, by means of neuropsychological evaluations in order to design an attentional cognitive rehabilitation program. The type of orientation was descriptive, with a correlational scope and the strategy was of a non-experimental study and of a cross-sectional type, while the research method is inductive-deductive, with the purpose of determining the relationship between depression and attention selective and sustained on patients suffering from kidney disease. The population consisted of patients with chronic renal failure between 30 and 60 years of age treated in the dialysis area from September 2020 to August 2021, the consistency of 100 patients with these characteristics and the simple random probabilistic sample were determined, which gave as result for 86 patients. As results, there is a moderate negative correlation between depression and selective-sustained attention ($r = -0.210$ and $r = -0.081$ respectively), that is, the variables have an inverse relationship, which according to indicates that while one variable increases, the other Diminish. This indicates that if depression increases, selective-sustained attention decreases and those men are more affected in depression and selective-sustained attention compared to women. Once the hypothesis test has been carry out, the significance between both variables is demonstrated, so the alternative hypothesis is accepted and the null hypothesis is rejected as it has a bilateral significance value of 0.000

KEY WORDS: Selective attention, Sustained attention, Depression, Kidney failure.

CAPÍTULO 1

1. INTRODUCCIÓN

Desde tiempos remotos han sido muchos los estudiosos, filósofos, psicólogos, neurólogos que se han maravillado por el estudio de la función del cerebro, como se relacionan hasta en el más microscópico de sus elementos para poder llevar a cabo toda actividad, lo que ha permitido desarrollar varias disciplinas aplicadas en esta área.

Unas de estas disciplinas y de reciente aparición es la Neuropsicología que pertenece al grupo de las neurociencias, que permite relacionar la mente y conducta de los seres humanos, ayudando a evaluar a sujetos e identificar distintos tipos de alteraciones o trastornos. Además la neuropsicología evalúa áreas importantes como: la memoria, atención, lenguaje, funciones ejecutivas, percepción, facilitando el desarrollo de las áreas cognitivas y emocionales(Gil, 2019).

Es importante destacar que en este estudio nos centraremos en la función neuropsicológica de la atención, la misma que tiene la capacidad de seleccionar o inhibir información irrelevante captadas del medio en el que se desarrolla, por lo tanto; dichos estímulos deben ser priorizados, procesados y supervisados por el cerebro para que este emita un orden (Portellano & García, 2014).

La atención ha sido definida en la historia desde distintos enfoques motivo por el cual no existe una definición unitaria, lo que conllevó a que varios autores hayan creado al menos trece (13) modelos como el de: Norman y Shallice (1986), Sohlberg y Mateer, (1989), Mesulam (1990), Posner y Petersen (1990), Mirsky y Duncan (2001), entre otros. Estudios que continúan generando el interés de investigadores, partiendo de que el objeto de estudio es el ser humano un ser un organismo Biopsicosociales, único e irrepetible lo que conlleva a obtener diversidad de estudios. Cada modelo desde sus perspectivas e

investigaciones, expone componentes y definiciones distintas. En cuanto al modelo de Sohlberg y Mateer presenta cinco componentes (selectiva, focalizada, sostenida, alternante y dividida) de los cuales para el presente estudio se centrará específicamente en la atención selectiva y sostenida. (Fernández, 2014)

En este sentido, estos componentes de la atención se activan por medio del sistema activador reticular ascendente (SARA), en donde además de aquello, las estructuras anteriores del cerebro como lo es la corteza prefrontal derecha intervienen para el sostenimiento del estado de atención, necesarias para que este sistema funcione. Teniendo en cuenta esto y determinando que cuando el nivel de activación es alto y el nivel alerta se sostiene de forma prolongada para la aplicación de una actividad, se estaría presentado la atención sostenida y la que permite dirigir el procesamiento hacia la información pertinente se la denomina atención selectiva (Bernabéu, 2017).

Sin embargo, estos sistemas atencionales se pueden ver afectados por diversas situaciones, tanto a nivel orgánico o emocional. En las personas que manifiestan depresión, las alteraciones cognitivas se pueden evidenciar en el deterioro en el raciocinio, déficit en conservar y sostener la atención, la toma de decisiones, dificultades de memoria episódica, disfunción ejecutiva y conmoción o retraso psicomotor (Pioli y otros, 2019).

En referencia con lo anterior, la investigación busca relacionar la depresión en personas que padecen enfermedad renal crónica (ERC) y en su estado más avanzado como es la Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT), cuya población es vulnerable en presentar afecciones de ánimo provenientes de los factores socioeconómicos afectando a la calidad de vida, aceptación y continuidad al tratamiento. Al verse involucrados en un nuevo ambiente rutinario y doloroso, en la mayoría de los casos durante los primeros seis meses presentan alteraciones a nivel mental, y posterior a esto se presentan indicadores de depresión y la ansiedad, factores preocupantes debido a que aumentan los niveles de

morbilidad y mortalidad en los pacientes, viéndose reflejado en la falta de compromiso terapéutico, como lo es el régimen dietético y la inasistencia a los controles médicos (Rodríguez y otros, 2019).

En varios estudios realizados, se ha concluido que la relación entre pacientes con ERC y trastornos emocionales, se sitúa entre el 20% y 50% en los que se incluye a la depresión y la ansiedad, afectando la adherencia terapéutica y la calidad de vida (Cabrales y otros, 2017).

Mostrando estos datos, se puede determinar la importancia de la investigación, en la que se puede conocer a mayor profundidad la relación existente entre la atención selectiva-sostenida frente a los trastornos de la salud mental como lo es la depresión en pacientes que padecen ERC, con la finalidad de brindar un mayor aporte teórico y científico ante una problemática latente.

La atención resulta uno de estos factores importantes de analizar frente a la depresión, ya que es un campo poco investigado sobre todo en la edad adulta, el mismo que nos ayudara a implementar medidas completaría en el tratamiento psicológico y que contribuya en la adherencia terapéutica.

1.1. Planteamiento del problema

Ante esta principal definición sobre la salud física y mental, se desprende la atención en el enfoque neuropsicológico, la misma que actúa como un proceso multimodal, en el que están involucradas diversas estructuras del sistema nervioso (tronco cerebral y cerebro) y estas estructuras cerebrales que al alterarse (trastornos del desarrollo, traumas craneoencefálico, emocionales, orgánicos) pueden afectar su adecuado desarrollo cognitivo, emocional, conductual.(Echavarría, 2013)

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) manifiesta que la depresión son variaciones frecuentes del estado psíquico y de las activaciones de este tipo de forma

temporal mostradas a las dificultades de la vida diaria repercutiendo en la vida social, familiar y laboral del individuo. Es una patología que a nivel mundial se presenta en más de 300 millones de individuos diagnosticados, cuyo origen puede ser físico o cognitivo, cifras alarmantes de orden prioritario en salud.

En América latina la depresión es asociada a enfermedades catastróficas como la insuficiencia renal crónica que conforma una de las principales tasas de mortalidad en el planeta, siendo la prevalencia de la patología renal en Latinoamérica de 650 pacientes por cada millón de habitantes con un aumento anual del 10%, y tomando en cuenta que en Ecuador existe una población con más de 12 mil pacientes con esta enfermedad (MSP, 2018), por lo cual ante estas cifras alarmantes es necesario contar con protocolos y criterios específicos de atención primaria.

Es importante destacar que con el tratamiento renal inician un nuevo estilo de vida, presentan diversas limitaciones como: la alimentación, restricción en la ingesta de líquido, asistir en un horario estricto cada 3 días a la semana por 4 horas diarias. Limitaciones que son generadores de cuadros estresantes, inadaptación, mostrando comportamientos depresivos y falta de interés de continuar el tratamiento de forma idónea.

Además, durante el tratamiento de hemodiálisis pueden presentarse enfermedades asociadas como: hipotensión, calambres musculares, mareos, náuseas, vómitos, dolores de cabeza e infección del acceso vascular durante la diálisis, haciéndolos sentir incapaces de controlar su vida (Moya, 2017).

La Unidad de Diálisis Reynadial tiene como misión la de garantizar la atención integral con calidad y calidez a sus pacientes con insuficiencia renal, sirviéndoles de manera completa con equipamiento, tecnología de punta, y con personal capacitado en la atención integral de sus usuarios; previniendo así, complicaciones y mejorando la vida del paciente, facilitando la satisfacción del mismo en su entorno social y familiar.

Es por ello, que la atención neuropsicológica que se le brinde al paciente con ERC que presenta un diagnóstico de depresión resulta de vital importancia y relevancia dentro del estudio de la conducta humana debido a que actualmente no existen investigaciones sobre el tema a pesar de ser una problemática cuya incidencia va en aumento, por lo tanto, la investigación dará orientaciones y aportes que permitirá ser una base para futuros estudios.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo General

Determinar la relación entre depresión y atención selectiva- sostenida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis de la Unidad de Diálisis Reynadial, por medio de evaluaciones neuropsicológicas con el fin de diseñar un programa de rehabilitación cognitiva atencional.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Identificar niveles de depresión en los pacientes con hemodiálisis mediante el test de Beck.
- Evaluar los niveles de atención selectiva y sostenida mediante la prueba Neuropsicológica D2
- Relacionar los niveles de depresión y la atención selectiva-sostenida en los pacientes con hemodiálisis.
- Diseñar un programa de intervención de rehabilitación cognitiva atencional.

1.3. Justificación

Son diversos los aspectos negativos que deben atravesar los pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis, conllevando a que presenten una inadecuada adherencia al tratamiento, inasistencia a sus sesiones, desórdenes alimenticios e inestabilidad emocional. Resultando de especial interés conocer cómo se relaciona el área

cognitiva-emocional, tal como lo indica Delfino (2021) quien explica que existen deterioros cognitivos y depresivos en pacientes con insuficiencia renal crónica, lo que ocasiona pérdida en la calidad de vida.

La presente investigación surge de la necesidad de abordar el campo el neuropsicológico en las afecciones orgánicas y emocionales, ya que son pocos los estudios que se encuentran en esta área y sobre todo en etapa adulta. Es importante destacar que las afecciones neuropsicológicas específicamente la atención no solo se produce en los trastornos del desarrollo, como en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), sino lo encontramos en accidentes cerebrovasculares (ACV) o traumatismos craneoencefálicos, y en trastornos del estado del ánimo.

Esta investigación busca identificar aspectos neuropsicológicos de la atención los cuales puedan permitir ampliar el campo de intervención y a su vez genere el interés de futuras investigaciones. Estudios que son relevantes incorporarlos ya que es una población con una alta vulnerabilidad cognitiva y el área conductual.

Considerando lo antes expuesto, se justifica la importancia del objeto de estudio de esta investigación; relación entre depresión y la atención sostenida- selectiva de los pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis, que son atendidos en la unidad de hemodiálisis REYNADIAL de la ciudad de Guayaquil, para busca determinar la relación entre ambas variables y a partir de ahí diseñar un programa de intervención destinados a mejorar la calidad de vida de esta población.

CAPÍTULO 2

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes Históricos

El concepto de la Atención Primaria en Salud (APS) ha sido interpretado y definido de forma variada en múltiples ocasiones desde 1978, pero su conceptualización principal es la siguiente tomada de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020):

La APS es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas.

La APS es el enfoque más inclusivo, equitativo, costo eficaz y efectivo para mejorar la salud integral de las personas donde incluya el área física, emocional e inclusive si bienestar social, así como su bienestar social. Esto muestra el interés de forma conjunta de los países miembros de la organización sobre la mejora de la atención en salud sobre sus habitantes, entre las que se incluye la neuropsicología.

Ya tomando el tema del estudio de la atención en la neuropsicología, que tuvo sus inicios entre los siglos XIX y XX, y en donde el psicólogo ruso A.R Luria realizó estudios sobre la conducta de individuos que tuvieron lesiones el sistema nervioso central y en el que incluyó pruebas psicológicas para estudiar afecciones de este tipo y fueron sobre la atención, memoria, lenguaje, funciones ejecutivas, praxias, conocimiento, cálculo, entre otras evaluaciones(Rufo-Campos, 2006).

La descripción de atención selectiva fue descrita en el Sistema de Atención Supervisora (SAS) de Norman y Shallice en 1986 que “consiste precisamente en la potenciación (mediante asignación de recursos) de la información relevante y en la inhibición de la información irrelevante, siempre en función de las prioridades establecidas por el sistema cognitivo” (Benedet, 2002, pág. 125).

Las primeras investigaciones acerca de la atención de forma más específica se originan a través de William James y su estudio *The Principles of Psychology* (1890), quien explicó sobre la atención bajo el campo de la psicología, y estableció una diferenciación entre la atención sensorial (focalizada por el entorno) y la atención voluntaria (focalizada por los estímulos externos e internos). Mientras que en 1964 por parte de Cherry y Treisman se añadieron aportaciones acerca del comportamiento del ser humano y su atención, ya que se incluyó información como la atención selectiva auditiva de escucha dicótica (aportación de Cherry) y el modelo de filtrado jerárquico (aportación de Treisman) (Bernal, 2018).

La atención es considerada como un fenómeno único, a razón de la concentración y la localización. Tanto el devenir de la conciencia como el de las sensaciones pueden quedar en segundo plano o si se quiere, pueden ser superados por la decisión voluntaria del enfoque intencional (Jatuff, 2020).

También se describe acerca de la depresión, siendo Charles Ferster uno de los precursores sobre estas teorías y realizada en 1973 en su artículo “A functional analysis of depression”. Charles describe esta proposición, en que la depresión se genera por el soporte continuo de comportamientos depresivos y la falta de refuerzos positivos, que implican castigo, de comportamientos no depresivos (García, 2017).

A nivel mundial, hasta el 2017 aproximadamente 350 millones de personas han padecido de depresión, en donde variablemente el 60% de ellos no recibieron o perciben la ayuda requerida, aun tomando en cuenta que el tratamiento reduce los síntomas en más de 50% de los casos (Pérez y otros, 2017).

Los niveles de depresión con más presencia son el trastorno de grado grave y el que se produce por distímia. El trastorno depresivo grave, se manifiesta por una mezcla de sintomatologías que sobrelleva una aguda variación de la capacidad para actividades cotidianas como el trabajo, el descanso o el estudio, la interacción social y otras actividades que podrían ser satisfactorias; es decir, que invalida e imposibilita desempeñarse en un entorno normal. El trastorno distímico, en cambio se determina por referir similitud de síntomas, demostrados de manera más leve y permanencia más extendida. También se encuentran otros tipos de depresión, como la depresión con o sin trastornos psicóticos, el síndrome afectivo bipolar, y demás que ya han sido calificados (Páez & Peña, 2018).

Por otro lado, explicando sobre los orígenes de la nefrología, las primeras reseñas sobre riñón y sus complicaciones se dan desde el antiguo Egipto en el año 1500 a.C., pero fue por Hipócrates en Grecia entre los años 460 y 370 a.C., que fue el pionero en advertir y representarlas numerosas variaciones macroscópicas tenues de la orina, que manifestaban concluyentes malestares específicos en los órganos del cuerpo, específicamente del riñón (Hernando, 2012).

La Nefrología es una de las ramas novísimas dentro del área Médica, dando su aparición en septiembre de 1960 durante el primer Congreso Internacional de Nefrología en Suiza y Francia. Esta especialidad se forma como el fruto del resultado de muchos años de investigaciones relacionadas con la Histología, Fisiología, Fisiopatología, en análisis y procedimiento de las enfermedades de origen renal, marcando un notable huella en el auge

científico a través de metodologías de diagnóstico y de la incorporación del tratamiento sustitutivo de la función renal (TSFR) como lo son la diálisis peritoneal, hemodiálisis y el trasplante renal en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) (Soto & Álvarez, 2017). Investigaciones que han permitido dar una oportunidad de vida a esta población, ya que por medio del tratamiento dialítico y una adecuada disciplina los pacientes obtienen una segunda oportunidad de vivir.

2.2. Antecedentes Referenciales

La investigación desarrollada por Vallejos & Ortega (2018) cuyo título es “Niveles de depresión y factores sociodemográficos en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en Perú” tuvo como objetivo la descripción de los niveles de depresión en los pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de hemodiálisis, evaluando la existencia de las diferencias con significancia por factores sociodemográficos y tiempo de hemodiálisis. La metodología fue de tipo descriptivo-comparativo, y se aplicó el test de depresión de Beck, con una muestra de 503 pacientes ubicados en Lima y de otras provincias de Perú, mostrando de resultados que el grado de depresión de mayor frecuencia es el tipo leve con el 48,9%, y demostrando que a mayor edad y menor nivel de instrucción, existe una predisposición a padecer depresión; en referencia al sexo, los pacientes con mayor predisposición a padecer depresión son de sexo masculino y el estado civil influye en los viudos y divorciados; sobre el tiempo de tratamiento de diálisis, la predisposición a acrecentar la depresión es acorde se incrementa el tiempo de tratamiento. Concluyeron que los niveles de depresión se exteriorizan de forma significativa conforme a los factores sociales y demográficos.

Otro estudio que se referenció fue el de Salas & Fernández (2019) con el trabajo titulado “Valoración de las necesidades de atención psicológica en pacientes en hemodiálisis mediante indicadores de ansiedad y depresión” en la que indicaron que sus

motivaciones a la investigación se dieron por los numerosos trabajos de investigación que apuntan a la incidencia entre la enfermedad renal crónica terminal y trastornos del estado de ánimo. Por este motivo, su objetivo fue la valoración del requerimiento de asistencia psicológica en pacientes con tratamiento de hemodiálisis partiendo con las variables de ansiedad y depresión. La metodología aplicada fue de tipo descriptivo con corte transversal con un periodo de tiempo de dos años, considerando una muestra de 103 pacientes con quienes se hizo un acercamiento previo y se empleó la batería de Beck y el test de Ansiedad Estado-Rasgo. Como variables sociodemográficas se aplicaron sexo, edad y el tiempo de diálisis. Los resultados mostraron que más del 8% de los casos mantiene grados de depresión grave, y un 60% padecen depresión de grado leve. Por otro lado, el 23% está los grados de depresión leves y casi un 8% manifestaron depresión moderada. Sobre el factor de la ansiedad, un 25% presentó ansiedad grave, un 38% de tipo moderada y un 37% ansiedad baja. Hay que resaltar que, entre los resultados, el 89% de los individuos analizados, manifestaron la presencia de eventos traumáticos en sus vidas, junto con maniobras resilientes. Ellos concluyeron por los resultados obtenidos que existe significativa relación entre la ansiedad y depresión en pacientes en hemodiálisis, relacionándose con estudios anteriores. Se ve reflejada la importancia del departamento de psicología formando parte esencial del equipo multidisciplinario.

Asimismo, se encuentra el estudio de Moya (2017) con el título “Estudio del estado emocional de los pacientes en hemodiálisis” en el que manifiesta que los pacientes con IRC tienen diferentes cambios en su vida derivado por la enfermedad y el tratamiento que deben llevar a cabo, lo cual los llevan a padecer trastornos de ansiedad, depresión y variaciones en el estado psicoemocional, por tal razón su propósito de estudio fue la evaluación del estado emocional en pacientes ERC con hemodiálisis para lograr la identificación de herramientas de apoyo emocional. La metodología fue de tipo

observacional, descriptivo y de corte transversal, y como población de análisis fue la Unidad de Nefrología del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, España con una muestra de 66 pacientes, teniendo como resultados que un 68% de los pacientes fueron de sexo masculino y la edad promedio fue de 65 años. Las variables generales fueron la edad, sexo, estado civil, otras patologías asociadas, nivel económico y ocupación. Como indicador dependiente consideró el estado afectivo, evaluada con la Herramienta de Detección del Estado Emocional de Pacientes en Diálisis. Los resultados mostraron que el 86% de los pacientes del caso eran jubilados y el promedio de sus ingresos económicos mensuales era entre los 500 € y 900 €. Aproximadamente el 42,3% en lo mínimo contaban con dos o más patologías coligadas a su enfermedad de base y referente al estado civil, el 62% era casado. Sobre el indicador del estado emocional, un 55% se calificó estar triste, y el 59% estaba nervioso. Se encontró también que un 92% sufría alteraciones en mayor o menor grado el estado emocional. Las conclusiones del estudio fue que existe una relación significativa de alteración del estado emocional en pacientes renales y un número alto requiere apoyo psicoemocional.

En estudios que directamente investiguen la relación entre la atención y la depresión, se tiene el desarrollado por Castillo (2018) que se titula “Depresión y su relación con la atención en adultos mayores atendidos en el IESS” cuyo objetivo fue la determinación de la incidencia entre la depresión y atención en los adultos mayores que son pacientes IESS de la ciudad de Ambato. La población de la investigación fue de 90 personas, mayoría de mujeres (81) que hombres (9), oscilando edades entre los 60 a 87 años. Los test utilizados en la población fueron la escala de depresión de Yesavage y la subescala de atención del NEUROPSI. Los resultados mostraron que el 77% no manifiestan depresión, mientras que en el 21% se comprobó depresión de carácter leve y el 2% mostró depresión de nivel moderada. Ya acerca de los resultados de la variable

atención el 31% tiene un grado normal de atención, seguido del 24% con un grado moderado, mientras que la dificultad severa de atención se mostró en un 23%, y el 21% presentó un grado de afectación leve. También se efectuó la prueba estadística chi cuadrado comprobando que no hay significancia entre la depresión y la atención en los adultos mayores pacientes del IESS.

La investigación de Taset bajo el título “Evaluación neuropsicológica de los procesos cognitivos básicos en pacientes distímicos con intento de suicidio” describe a la distimia (trastorno depresivo persistente) como una enfermedad que encierra patologías crónicas que entorpecen en el desenvolvimiento y salud de la persona, que puede conllevar a una tentativa de suicidio, como también en variaciones neuropsicológicas en los procesos emocionales y cognitivos que perturban la conducta. El estudio se lo realizó en el municipio de Guisa, Provincia Granma en Cuba, con el objetivo de lograr la caracterización del estado neuropsicológico en los procesos cognitivos. La metodología fue de tipo analítico sintético y el de tipo inductivo y deductivo, y las técnicas de investigación fueron la entrevista, exploración clínica, observación, Test de depresión de Beck, Series gráficas y motoras alternantes, test Gestáltico Bisomotor, Tarea de denominación de objetos, Tarea go - no go, Test de memoria acortado y el Test de la figura compleja de Rey. Entre los resultados que se encontraron fue que el estado neuropsicológico en el parámetro cognitivo elemental en los pacientes de estudio se encuentra alterado, manifestando que el 100% de ellos presentan alteraciones con afectaciones en la atención sostenida, junto con el 66,7% que describió tener cansancio y el 33,3%, mostró que su rendimiento descendió en el momento de la prueba a pesar de no manifestarlo abiertamente y el 100% de los casos de estudio presentaron problemas en la reentrenamiento de automatismos y la elasticidad mental, lo cual demuestra que existen pérdidas en el

discernimiento, atención y retentiva, que son respaldados en potenciales descubrimientos biológicos en explícitas áreas cerebrales.

2.3. Fundamentación Teórica

2.3.1. Atención

La atención es un campo extenso de estudio, debido a su gran funcionalidad y redes de conexión a nivel cerebral, es importante mencionar que sin su función no habría un adecuado proceso cognitivo. Para esta investigación nos centramos en dos tipos de atención como esta selectiva y sostenida, la primera tiene capacidad seleccionar dentro los diversos estímulos presentados en su entorno y así mismo inhibir los que no generen relevancia a la acción determina que el sujeto se encuentre realizando y la segunda, tiene como función de realizar un comportamiento cognitiva durante distintas ventanas temporales en oposición a el cansancio (Maureira y otros, 2019).

Los individuos que presentan un subtipo inatento poseen más problemas en la atención selectiva y sostenida, parecen ser más lentos en el momento de orientar la atención y contestar a estímulos de su ámbito y además poseen problemas en la memoria verbal rápida y diferida y en la flexibilidad cognitiva (Álava y otros, 2021).

En 1890, William James uno de los primeros interesados en el estudio sobre atención, este que el sujeto toma control de los detalles de su entorno; cabe mencionar que existen muchas definiciones debido a la complejidad de esta función. La definición de James establecía, basado en lo descrito por Trápaga et al. (2017), “la toma de posesión de la mente, en forma clara y vívida, de uno de lo que parecen varios simultáneamente posibles objetos o trenes de pensamiento” (p.69). Es decir que direccionamos nuestra conciencia plena a los diversos elementos que se presenten en el foco atencional del sujeto. A diferencias de aquellas condiciones en el que individuo no mantiene su mente fija,

causando fatiga, perturbación debido a la diversidad de estímulos que ingresan no poder procesarlos y priorizarlos impidiendo responder antes las demandas de ambiente.

La atención es un elemento importante, ya que por medio de ella se puede efectuar cualquier actividad de la mente, el primer paso de la cognición, y cuya finalidad es de intervenir como un sistema de filtro capaz de elegir, dar prioridad, permitir el proceso de estímulo y dar orden a las informaciones recibidas.

Los estímulos pueden ser visuales, auditivos, olfativos, entre otros es lo cual los individuos tienen que aprender filtrar de manera persistente y elegir una de otros una vez que sea primordial, pues no es viable prestar atención a todo el ámbito. La atención hablamos de mirar, oír, tocar, oler y gustar con el enfoque y destreza de atender de manera sin dependencia cada una (Londoño, 2009).

Se debe mencionar, que hasta el presente no existe una teoría consolidada de la atención, o tampoco se conocen de manera dinámica todos sus recursos, dado lo complejo de su desempeño. Por esta razón, los modelos de dimensiones múltiples de la atención son los que poseen más enorme aprobación en la sociedad científica, buscando de corresponder todos los recursos con las estructuras encefálicas vinculadas.

Actualmente la atención se muestra como un proceso más organizado, donde no solo incluye al pensamiento sino además al comportamiento, en este sentido es definida como la funcionalidad neuropsicología elemental para llevar a cabo todo funcionamiento de tipo conductual y cognitivo. Actuando como un sistema de selección que brinda la posibilidad de elegir, dar prioridad, procesar y evaluar tanto la información del propio organismo, como también exteroceptiva (del medio de desenvolvimiento). Para exponer un conveniente manejo de la atención no solo hay que ver lo cual se proyecta externamente, sino debería exponer una idónea dependencia de las dos para la correcta obtención y

procesamientos de información que facilitara obtener superiores resultados en la funcionalidad que el individuo está desempeñando (Portellano & García, 2014).

2.3.2. Características

Como se ha venido indicando la atención permite enfocar selectivamente el interés de determinado estímulo, activándolo o inhabilitando, la misma que para Trápaga et al. (2017) afirma que estas representadas con las siguientes características:

- a) Sistema neural complejo: No hay una composición neurológica exclusiva que por sí sola logre manejar los procesos atencionales, sin embargo, continuamente permanecen relacionadas con diferentes redes del cerebro, interactuando de forma ordenada y sincronizada para poder hacer las distintas formas de atención existentes. El proceso complejo de la atención se debe a los sin números conexiones que constantemente realiza con el sistema neuroanatómico que va desde el tronco cerebral, el subcortex, hasta la corteza frontal cerebral. Al existir alteraciones esto impedirá una adecuada conexión. Cabe mencionar que disfunciones cerebrales también pueden ser producto de otros órganos como los riñones, el hígado, páncreas, glándulas endocrinas, y no solo exclusivas a nivel cerebral, pues el organismo no trabaja de forma independiente, es decir, que un área afectada presenta muchas posibilidades de repercutir en otra.
- b) Sistema multimodal: La atención es una de las funciones más importantes a nivel cognitivo. Estas se incluyen tanto en procesos de activación lentos hasta los de mayor actividad. Por lo tanto, esta presenta diversidad de modalidades, donde incluye, estados de alertas, precisión y velocidad de procesamiento, control, índice de concentración, flexibilidad.

- c) Filtro selectivo: priorizar y focalizar información para luego ser procesada dentro del sistema nervioso.
- d) Sistema jerárquico: los estímulos procesados ingresan según las necesidades de los sujetos de forma piramidal, siendo ubicados los de menor relevancia (pasivos) en el suelo de la pirámide y a nivel cerebral se encuentran en las aéreas más profundas del cerebro; por otro lado, los que presenten mayor actividad y actúan de forma voluntaria se ubican en la cima, encontrándose en a nivel cerebral en el área de la corteza.
- e) Dinámico: Brinda respuestas adaptativas a las situaciones, juega un papel importante la flexibilidad cognitiva.

En base aquello se puede decir que los procesos atencionales se expresan en forma jerárquica en base a las necesidades del sujeto y que a su vez no trabaja de forma aislada, sino que se encuentra interrelacionada con las demás funciones neuropsicológicas, adaptándose a cada una de las situaciones de los sujetos.

2.4. Modelos neuropsicológicos de la atención

2.4.1. Modelo de Sohlberg y Mater

Es un modelo jerárquico de la atención que explica, donde el nivel de dificultad del proceso atencional aumenta en funcionalidad del tipo de actividad elaborada y cuyos elementos incrementan cada vez más en dificultad, o sea que los últimos niveles de atención, necesitan un esfuerzo atencional más grande que los antecedentes. Este modelo se explicó intentando encontrar una forma de evaluar la atención.

- Arousal: Capacidad de estar perspicaz y de conservar la alerta. Involucra la activación general del organismo. Puede decirse que ante un estado de peligro es la que permite actuar.

- focalizada: Capacidad para cambiar el foco de atención sin hacer conciencia de aquello a los diferentes estímulos visuales, auditivos o táctiles.
- sostenida: habilidad para permanecer por tiempo antes estímulos determinados, resistiendo elementos que produzcan distracción. También se relaciona con la capacidad de concentración.
- selectiva: selecciona de forma prioritaria los estímulos de su entorno, el mismo que le permite ordenarlos y priorizarlos. Se puede ejemplificar en el momento que se está leyendo un libro y el televisor encendido. Prioriza leer e inhibí el ruido.
- alternante: Capacidad de cambiar el foco de atención de una acción a otra de forma exitosa.
- dividida: es una de los niveles con mayor complejidad, permite realizar 2 o más actividades de forma paralela, como en el momento en que conducimos y conversamos. (Bernate y otros, 2009).

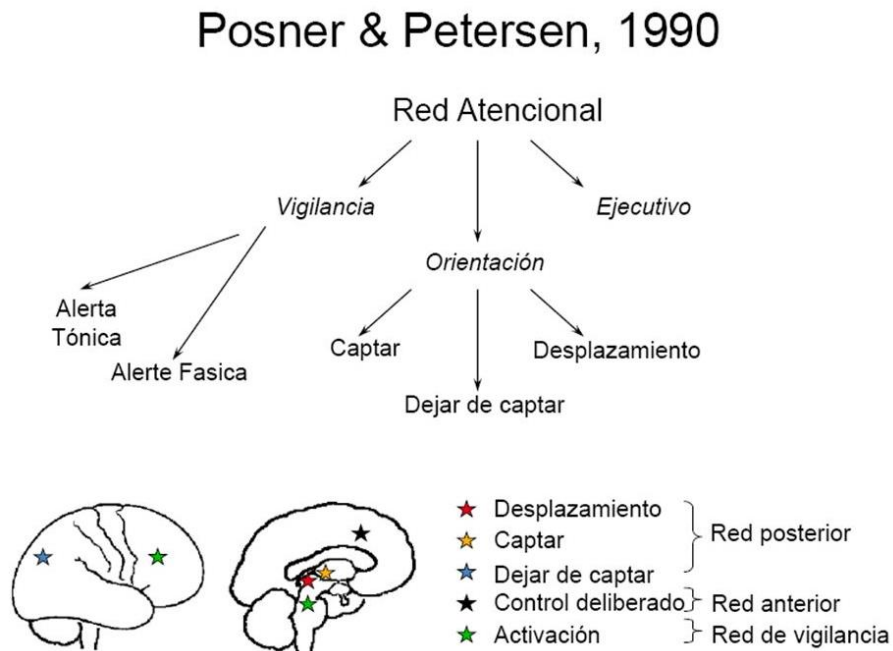
Cada una de estas capacidades se activará según los recursos cognitivos de cada sujeto. Se puede decir que los casos recurrentes se evidencio que la atención sostenida y selectiva formaba parte del eje transversal de la depresión en paciente IRC, por lo tanto, fueron objeto de estudio de esta investigación.

2.4.2. Modelo de Posner y Petersen

Este modelo es bastante más de estilo teórico y se enfoca en 3 puntos de la atención; la primera, orientación hacia los estímulos; la segunda, identificación de metas; y tercera, conservar un estado de alerta, desempeño que implica a un complejo circuito neuronal córtico-estriado-talámico.(Muñoz & Arreaga, 2019).

A continuación, se explica el Modelo de Posner y Petersen según Pérez (2008):

Figura 1. Modelo de Posner y Petersen (1990)



Nota. Modelo de atención de Posner y Petersen de 1990. Tomado de Pérez (2008).

Según estos autores los tres niveles o redes atencionales, se fundamentan de forma independientes, pero para su desarrollo se complementan entre sí, necesarios para llevar a cabo las actividades diarias, tenemos:

a) Red de alerta: da paso a la activación de la atención, incluye el nivel de alerta tónico y físico. Que permite estar receptivo a los estímulos regulando el sueño y la vigilia.

b) Red de orientación: procesa y direcciona la información que recibe captando y dejando de captar según las prioridades. Permite pasar a otro estímulo y volver al punto inicial.

c) Redes ejecutivas: Cabe indicar que esta red es propia de los seres humanos y que se ubica en el lóbulo frontal, interviniendo en planificar, flexibilidad y el control de respuestas.

Generalmente los autores de este modelo explican que el estado atencional se encuentra tanto en niveles más profundos del cerebro o como a nivel de la corteza, para lo cual necesitan realizar muchas conexiones para cumplir una función determinada. Este modelo se realiza a través de tres fases, siendo el más primitivo el nivel de alerta relacionado con la vigilia y sueño; seguido de ello se encuentra ya un nivel más estructurado como es la orientación que permite direccionar a los estímulos luego de que estos fueron incorporados, y así mismo permite desaprender y volver a incorporar dicho estímulo a su punto de inicio; y la red ejecutiva delegada de procesos de mayor complejidad, ya que este forma parte en la resolución de conflictos, control inhibitorio, planeación y monitorización (Abundis, 2014). Cada uno de estos procesos importantes para una adecuada funcionalidad de los procesos atencionales.

2.5. Neuroanatomía de la atención

El cerebro se encuentra formado por varias estructuras desde los lóbulos hasta una microscópica neurona. El proceso atencional forma parte de este órgano, pero sin embargo debemos decir que no existe una estructura unitaria que determine su función. En ella intervienen las estructuras extracorticales y corticales

En cuanto a las estructuras extracorticales se inician mediante la formación reticular que permite mantener activo el sistema mediante el sistema activador reticular ascendente (SARA) que es que activa el tono de la vigilia y el sistema activador reticular descendente (SARD) que disminuye los niveles de cortisol, necesarios para lograr equilibrar ambos niveles ya que la sobreestimulación o la disminución generan complicaciones. El tálamo forma parte importante pues este contiene núcleos de formación reticular que modulan la constancia e ímpetu de los procesos atencionales. Se sitúa a nivel medio del cerebro. Así mismo se encuentran estructuras como: ganglio basal, Cíngulo y el sistema límbico. Esta último relacionado con las emociones, de ahí la importancia

relacionar la atención con los procesos emocionales partiendo de que comparten estructuras cerebrales.

En cuanto las estructuras corticales esta función forma parte de los lóbulos occipital, parietal, temporal y frontal, siendo este último el de mayor importancia ya permite la activación de los procesos cognitivos y atencionales, los mismo que se irán regulando con el desarrollo de los individuos. (Portellano & García, 2014)

2.6. Depresión: definición, tipos y estudios de prevalencia en patologías

Se define a la depresión como un el hecho de sentirse triste, melancólico, perdida de interés o placer(OMS, 2018) se manifiesta en la incapacidad de disfrutar cosas que antes la persona sí disfrutaba. Éste es un punto clave en el diagnóstico, el cuales muy evidenciando la pérdida de la posibilidad de sentir placer, y no solamente la tristeza. La depresión en muestra en variadas formas de presentación y de evolución. Hay afectación del estado de ánimo, la conducta y la cognición, tiene causas psicológicas, biológicas y medioambientales, y su traducción final es la disfuncionalidad. Es frecuente que el paciente con depresión fije su atención a los aspectos negativos que se le presentan omitiendo sus pensamientos hacia estímulos positivos(Sánchez & Vázquez, 2012).Esto que los conlleva a centrar su realidad a los estímulos que generan declive en sus vidas.

La depresión es un factor de riesgo para la aparición de enfermedades y de empeoramiento del pronóstico de las que ya están. No hay que subestimar la repercusión física, psíquica, social y económica que provoca la depresión. Y más importante aún es saber que existen tratamientos muy efectivos para disminuir o erradicar estos pronósticos.

Uno de los trastornos mentales que actualmente es recurrente encontrarlo en todo nivel social es la depresión, la que se evidencian signos como: tristeza, incapacidad para disfrutar de actividades sociales y familiares, déficit del sueño, sin apetito o comen en

exceso, cansancio, aislamiento, llanto, irritabilidad o a su vez no manifestar ningún síntoma visible dificultando su atención oportuna(OMS, 2020).

La depresión puede llegar a convertirse en crónica o frecuente, de ambos niveles pueden llegar a obstaculizar el funcionamiento de las actividades diarias en el hogar, trabajo, estudios, incapacitándolo para hacer frente en su diario vivir y en su representación más grave, puede llevar al suicidio. Si es leve, se puede manejar un tipo de tratamiento psicológico sin necesidad de medicamentos, pero cuando se alcanza a un nivel moderado o grave lo más seguro es ingresar ya a un tratamiento psiquiátrico con requerimientos de medicinas y sesiones terapéuticas.

2.6.1. Tipos de depresión

Existen varios tipos de depresión, entre los principales se encuentran:

El trastorno depresivo grave se identifica por una conjunción de indicios que lo incapacitan para laborar, reposar, aprender, ingerir y gozar de las ocupaciones que previamente resultaban placenteras. Este tipo de depresión debe tener el mismo reconocimiento que una enfermedad de salud orgánica, pues esta incapacita al individuo y le limita o inhibe poder desempeñarse con normalidad en su entorno e incluso llevarlo hasta la muerte. Un incidente de depresión grave puede suceder solo una vez durante la vida, pero no limita en que se puede frecuentar cada cierto periodo de tiempo generando alteraciones sociales y familiares.(Madero y otros, 2021).

El trastorno distímico, se denomina de esta forma cuando el sujeto ha presentado una duración de dos años o más. Aun cuando los síntomas o signo no presentan una elevada gravedad, tienen la posibilidad de no incapacitar al individuo que la padece, pero sin embargo no permite en desarrollo de la realización de sus actividades cotidianas con normalidad y mucho menos disfrutar de su vida. Los individuos con distimia diferencian

que la depresión grave además tienen la posibilidad de sufrir uno o más eventos de depresión grave durante sus vidas (Jiménez y otros, 2013).

Trastorno adaptativo, en donde los indicios depresivos son leves, permanecen en el sujeto por un periodo corto, debido a que se manifiestan por situaciones inesperadas o puntales que ocasionan inestabilidad emocional, como podría ser la muerte de algún familiar o pérdida del trabajo, las mismas que al poseer un nivel adecuado de resiliencia podrá adaptarse a las nuevas situaciones (Domínguez y otros, 2017).

En ocasiones la depresión no se manifiesta sola, sino que se asocia a otras comorbilidades ya sean en enfermedades psiquiátricas; el trastorno bipolar, la fobia social, etc. y la de tipo orgánicas; el cáncer, diabetes, sida, esclerosis, la insuficiencia renal crónica en hemodiálisis, etc. Esta última ha sido considerada como variables para el estudio de investigación dado su alta prevalencia según los estudios ya mencionado.

2.7. Insuficiencia renal crónica

La Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) se debe a una “Filtración glomerular (FG) <60 o presencia del daño renal durante más de tres meses” (CIE-11, 2021). Dentro de las primeras manifestaciones se pueden observar en alteraciones en la estructura o forma de riñón, la albumina se encuentra elevada, y presentarán alteraciones en el sedimento urinario, repercusiones una vez adheridas a pacientes son de componente irreversible, siendo la diálisis o el trasplante renal el tratamiento idóneo para estos sujetos.

Esta enfermedad es uno de los problemas de salud con mayor gravedad en las poblaciones a nivel mundial, en donde su indicador de mortalidad es del 100% si no ingresa el individuo a un tratamiento y su tasa de morbilidad ocasionada es igual de elevada. Hay dos tipos de tratamientos la IRCT con las llamadas TSR: hemodiálisis (HD) y diálisis peritoneal (DP). La enfermedad renal crónica la padecen cerca del 10% de la población mundial según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2017).

Existen muchas alternativas para prevenir esta enfermedad, pero una vez que se la padece es irreversible, aparece de una forma progresiva, sigilosa, sin mostrar síntomas hasta cuando ya se llega a etapas avanzadas, y donde el tratamiento fijo es la diálisis y el trasplante de riñón cuya oportunidad en nuestro país son muy limitadas; pero estas dos son altamente invasivas y costos muy altos.

Evidentemente los países que presentan pocos ingresos, no presentan adecuadas campañas para la prevención y control de enfermedades crónicas, y se advirtió que “si no se toman acciones para prevenirla y evitar que progrese a sus estados avanzados, más personas la padecerán y los países tendrán que lidiar con mayores costos sanitarios en el futuro”(OPS, 2015).

En la estimación de pacientes renales por parte de la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión a través de SLANH-OPS en el 2013, manifestó que el promedio en Latinoamérica es de 650 pacientes por cada millón de habitante, notando un crecimiento del 10% de forma anual y considerando que el Ecuador tiene más de 16 millones habitantes (corte 2015), se estimó que para el 2015 los pacientes con IRC se encontraban en 11.460(MSP, 2015). Es evidente la escasez de campañas preventivas en nuestro país, viéndose relacionado con el incremento de pacientes en las unidades de diálisis.

Existe un crecimiento del número de pacientes con enfermedad renal en personas con edades superiores a los 60 años, con patologías previas de diabetes e hipertensión. Se proyecta que 1 de cada 10 adultos mayores tiene algún grado de enfermedad renal crónica. La OPS y la OMS como carácter global, exhorta a los sistemas de salud públicos y privados de los distintos países miembros a realizar pruebas de detección en pacientes con alto riesgo(OPS, 2014).La diabetes y la hipertensión, junto con la propia vejez, son los

principales factores de riesgo con los que se puede asociar al desarrollo de la enfermedad renal crónica (ERC) (OPS, 2014).

En los últimos 50 años, la esperanza de vida en Latinoamérica y el Caribe ascendió en más de 20 años. “Las personas han aumentado su sobrevivencia, incluso aquellas con una o varias enfermedades crónicas y factores de riesgo. Esto hace que las repercusiones en órganos como el riñón hayan crecido entre las personas de mayor edad, dejando en evidencia la necesidad de prestar más atención al tema”(OPS, 2014).

2.8.Marco Conceptual

ERC: Enfermedad renal crónica.

Distimia: Trastorno depresivo persistente.

Hemodiálisis: Tratamiento sugerido para la ERC.

Nefrología: Especialidad encargada de tratar a los enfermos con ER y ERC.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

2.9. Hipótesis General

A mayores niveles de depresión, mayor es el déficit de atención selectiva-sostenida en los pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis de la Unidad de Diálisis Reynadial.

2.10. Hipótesis específica

A mayor nivel de depresión menor nivel atención selectiva en los pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis de la Unidad de Diálisis Reynadial.

A menor nivel de depresión mayor nivel de atención sostenida en los pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis de la Unidad de Diálisis Reynadial.

A mayor nivel de atención selectiva menor nivel de atención sostenida de los pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis de la Unidad de Diálisis Reynadial.

Declaración de las variables

Variable independiente: Depresión.

Variable dependiente: Atención selectiva y sostenida.

2.11. Operacionalización de variables

Tabla 1

Operacionalización de variables

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECIFICO	VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	INSTRUMENTOS		
<p>Determinar la relación entre la depresión y la atención selectiva-sostenida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis de la Unidad de Diálisis Reynadial. Por medio de evaluaciones neuropsicológicas con el fin de diseñar un programa de rehabilitación cognitiva atencional</p>	<p>-Identificar los niveles de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica mediante el test de Beck</p>	<p>Atención</p>	<p>Atención selectiva</p>	<p>Velocidad de procesamiento</p>	<p>D2</p> <p>Prueba estandarizada para valorar la atención (Brickenkamp, 1962)</p>		
				<p>Efectividad TOT</p>	<p>D2</p>		
			<p>Atención sostenida</p>	<p>Precisión del procesamiento</p>	<p>D2</p>		
				<p>Índice de concentración</p>	<p>D2</p>		
		<p>-Evaluar los niveles de atención selectiva y sostenida que poseen los pacientes con insuficiencia renal en hemodiálisis.</p>	<p>-Analizar los resultados obtenidos en test de depresión y atención selectiva-sostenida</p> <p>- Diseñar o proponer un programa de rehabilitación cognitiva atencional.</p>	<p>Depresión</p>	<p>Factor somático-afectivo</p>	<p>Tristeza</p>	<p>BDI</p>
						<p>Perdida de placer</p>	<p>BDI</p>
						<p>Irritabilidad</p>	<p>BDI</p>
						<p>Perdida de energía</p>	<p>BDI</p>
	<p>Cambios en el sueño</p>					<p>BDI</p>	
	<p>Cambios en el apetito</p>					<p>BDI</p>	
	<p>concentración</p>	<p>BDI</p>					
	<p>Cansancio o fatiga</p>	<p>BDI</p>					
	<p>Factor cognitivo</p>	<p>Sentimiento de fracaso</p>			<p>BDI</p>		
		<p>Sentimiento de culpa</p>			<p>BDI</p>		
<p>Autocrítica</p>		<p>BDI</p>					
<p>Agitación</p>		<p>BDI</p>					
<p>Perdida de interés</p>		<p>BDI</p>					
<p>Disconformidad con uno mismo</p>		<p>BDI</p>					

CAPÍTULO 3

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación

El desarrollo de la investigación presenta un tipo de orientación descriptiva, ya que permite determinar relación entre depresión con la atención selectiva y sostenida de pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis dentro del centro de Diálisis Reynadial.

La relación entre dos variables y conforme al planteamiento presentado por Hernández et al. (2014) el estudio es de alcance correlacional ya que se enfoca en conocer la relación o el grado de asociación que existen entre estas dos variables (depresión y atención).

En lo concerniente a la estrategia de investigación, el estudio es No Experimental y de tipo transversal, dado que la primera se refiere en el que las variables no son manipuladas ni controladas, y el investigador se limita a observar los hechos de manera pasiva, tal y como ocurren dentro de su contexto natural; mientras que la segunda es por el hecho de ya que se da en un momento específico de tiempo.

Durante el proceso de ejecución del presente trabajo se seleccionó una muestra homogénea de pacientes que estén asistiendo a REYNADIAL desde hace 6 meses y que se encuentren previamente diagnosticados con depresión, para lo cual se implementó la escala de depresión de BDI lo que permitió tener a la población.

3.2. Método de investigación

El método de investigación es inductivo-deductivo, en el que se trabaja desde lo general a lo particular y viceversa para obtener la información necesaria. Por esta razón, la

relación entre la depresión y la atención selectiva y sostenida es importante sobre pacientes que sufren una enfermedad que deteriora su estado físico y emocional como lo es la insuficiencia renal crónica.

3.3.Enfoque de la investigación

El enfoque es cuantitativo, en el que se registra el uso de escalas de depresión y test de atención, con la finalidad de conocer cada variable que repercute en el estado emocional y cognitivo de pacientes con insuficiencia renal crónica y que se encuentran con tratamiento de hemodiálisis.

3.4.Instrumentos

Historias clínicas para datos generales (sexo, edad, tiempo de enfermedad, tiempo en diálisis).

Test de atención D2.

Escala de depresión BDI.

3.4.1. Test de evaluación de la atención D2

El test de atención D2 fue desarrollado por Rolf Brickenkamp(2009) el mismo que permite evaluar la atención visual, selectiva, sostenida y concentración mental, el mismo que permite atender de forma selectiva a aspectos específicos relevantes de una actividad mientras se ignora otras acciones irrelevantes, junto con hacerlo de manera rápida y precisa. Es un test de tiempo limitado de 20 segundos por cada línea. Presenta una fiabilidad mayor del 90%.

Este test se puede realizar de manera individual como también colectiva, con un tiempo de ejercicio entre 8 a 10 minutos. Existe un total de 14 líneas con 47 caracteres cada una; estos estímulos se referencias entre las letras “d” o “p” que están conducidos de

una o dos pequeñas líneas verticales situadas en la parte superior o inferior y que van de forma individual o en pareja. La tarea de la persona radica en revisar de izquierda a derecha y marcar solo la letra “d” que contenga dos rayitas (las dos arriba, abajo o una arriba y otra abajo)

Las puntuaciones resultantes son: total de respuestas (TR) total de aciertos, número de elementos relevantes; Omisiones (O), número de elementos intentados, pero no marcados; Comisiones (C) número de elementos irrelevantes marcados. Cada uno de ellos se sumarán y se obtendrán valores que se aplicarán en fórmulas y luego analizados con los percentiles. El test será aplicado al ingreso de los pacientes a la unidad, con el objetivo de encontrar al paciente en adecuadas condiciones médicas, realizado en área confortable e iluminada.

El alfa de Cronbach del Test de evaluación de la atención D2 es de .815, lo que indica que es de alta confiabilidad.

3.4.2. Escala de depresión BDI

La Escala o Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II) es un instrumento inicialmente propuesto por el psiquiatra Aarón Beck y este junto con sus versiones posteriores, han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. Se trata de un cuestionario con 21 preguntas con escala de Likert las misma que van de 0 a 3 puntos cada ítem y se puede utilizar para diagnosticar pacientes con depresión desde los 13 años de edad.

Las puntuaciones van desde cero a sesenta y tres puntos. Se establecen cuatro rangos de la puntuación total; 0-13 mínima; 14-19, depresión leve; 20 a 28, depresión moderada; y de 29-63, depresión grave.

Es considerada como un instrumento complementario para el diagnóstico de depresión, ya que el profesional de la salud debe soportarse por otras herramientas como la entrevista psicológica/psiquiátrica, valoración del contexto psicosocial, entre otros. Esta batería presenta ítems concernientes con síntomas depresivos, tanto a nivel afectivo (agitación, irritabilidad, dificultad de concentración, fatiga) y conductual (indecisión, autocrítica, fracaso, llanto, pérdida del placer sexual).

Se realizó el análisis del instrumento por medio del alfa de Cronbach de la Escala de depresión BDI es de .833, lo que indica que es de alta confiabilidad.

Para la aplicación de las baterías se utilizó en correspondiente consentimiento informado para cada uno de los participantes, el mismo indica que la información proporcionada es confidencial.

3.5.Población y Muestra

3.5.1. Delimitación de la población

El total de los pacientes que se tratan en la unidad de diálisis es de 110 personas y tomando en cuenta los criterios de inclusión, que son los pacientes con insuficiencia renal crónica entre 30 y 60 años de edad atendidos en el área de diálisis durante septiembre 2020 hasta agosto 2021, se determina la consistencia de 100 pacientes con estas características.

3.5.2. Tipo de muestra

El tipo de muestra considerada en la investigación es de tipo probabilística aleatoria simple, por ser una población pequeña, de entorno conocida y de fácil acceso, en donde cada sujeto puede ser seleccionado. Siendo seleccionados para este estudio los pacientes de la unidad de hemodiálisis Reynadial ubicada en Guayaquil. Ante esto se determina finalmente el tamaño de la muestra.

Para la obtención de la muestra se aplicó una fórmula finita, ya que se circunscribe a los pacientes de unidad de hemodiálisis Reynadial; con un margen de error del 0,04% y un nivel de confianza del 95% que se presenta a continuación por medio de la siguiente fórmula:

N: Total de la muestra

N: Número de pacientes con ERC (100)

Z= 1,96 (95%)

e= 0,04 (4%)

p= 0,5 (50%)

q= 0,5 (50%)

$$n = \frac{Z^2 \alpha/2 PQN}{\varepsilon^2 (N - 1) + Z^2 PQ}$$

$$n = \frac{1.96^2 \times (0.5)^2 \times 100}{(0.04)^2 (100 - 1) + 1.96^2 \times (0.5)^2}$$

$$n = \frac{0.9604 \times 100}{0.1584 + 0.9604}$$

$$n = \frac{96.04}{1.1188}$$

$$n = 85.841$$

$$n = 86$$

Por los datos obtenidos la muestra será de 86 entre hombre y mujeres entre las edades de 30 a 60 años, y que se encuentren asistiendo a la unidad en un periodo mayor a tres meses en tratamiento de hemodiálisis dentro de la Unidad de Diálisis Reynadial. Para la tabulación y análisis de los resultados se utilizó el programa SPSS y para la correlación estadísticas entre las variables el coeficiente de Pearson.

CAPÍTULO 4

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Entre los principales resultados obtenidos, se tiene las características sociodemográficas de la muestra de la investigación, considerando el género, edad y tiempo de diálisis. También se contemplan los resultados totales sobre la depresión con las dimensiones afectivo-somáticas, cognitivo y atención selectiva-sostenida

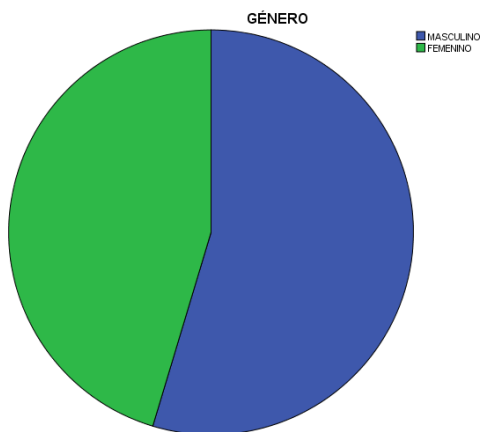
Tabla 2

Género de los Pacientes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	47	54,7	54,7	54,7
	Femenino	39	45,3	45,3	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

Fuente: Investigación de campo en la Unidad de Diálisis Reynadial.
Elaborado por: la autora

Figura 2 Género de los pacientes



Fuente: Investigación de campo en la Unidad de Diálisis Reynadial.
Elaborado por: la autora

En la tabla referente al género se puede observar que el 54,7% de ellos fueron masculinos y el 45,3% femenino, mostrando un indicador que la mayor parte de las

personas que padecen de insuficiencia renal crónica en hemodiálisis en esta población son hombres.

Tabla 3

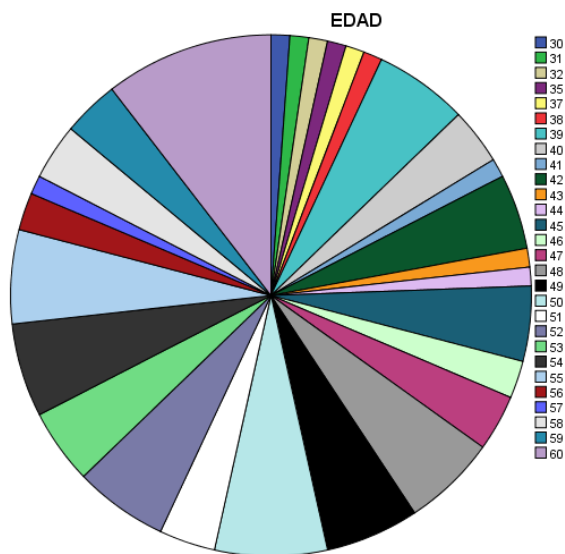
Edad de los pacientes

30 a 40 años		41 a 50 años		51 a 60 años		Total	
Recuento	% del N de tabla	Recuento	% del N de tabla	Recuento	% del N de tabla	Recuento	% del N de tabla
14	16,3%	26	30,2%	46	53,5%	86	100,0%

Fuente: Investigación de campo en la Unidad de Diálisis Reynadial.

Elaborado por: la autora

Figura 3 Edad de los pacientes



Fuente: Investigación de campo en la Unidad de Diálisis Reynadial.

Elaborado por: la autora

En lo referente a las edades de los participantes se los agrupó por rangos, se puede decir que el 53,5% tienen edades entre los 51 a 60 años, a diferencia que el 16,3% estuvieron los pacientes entre los 30 y 40 años, marcando una tendencia de que, a mayor edad, más posibilidad de padecer esta enfermedad.

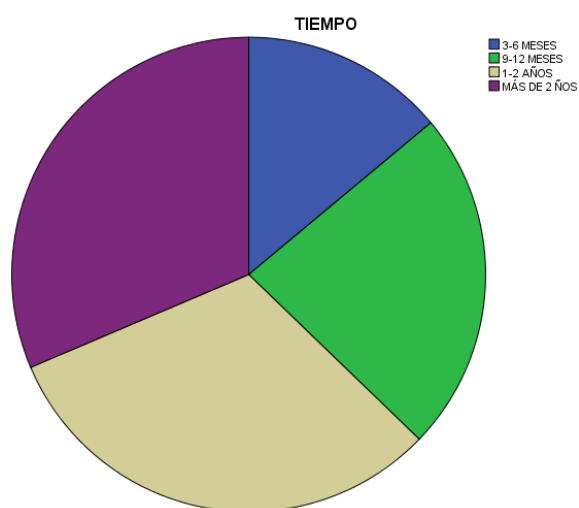
Tabla 4*Tiempo de diálisis de los pacientes*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	3-6 MESES	12	14,0	14,0	14,0
	9-12 MESES	20	23,3	23,3	37,2
	1-2 AÑOS	27	31,4	31,4	68,6
	MÁS DE 2 AÑOS	27	31,4	31,4	100,0
Total		86	100,0	100,0	

Fuente: Investigación de campo en la Unidad de Diálisis Reynadial.

Elaborado por: la autora

Figura 4 Tiempo de diálisis de los pacientes



Fuente: Investigación de campo en la Unidad de Diálisis Reynadial.

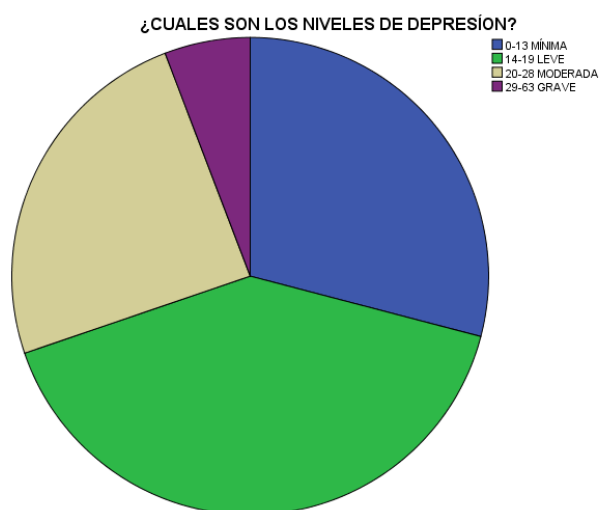
Elaborado por: la autora

La mayoría de los casos de los pacientes con ERC tienen el 31,4% para el rango de 1 año y para más de 2 años en el tratamiento de hemodiálisis, a razón que existen el 62,8% que determinaron esta situación como respuesta, describiendo que el tratamiento es permanente y prolongado, indicador que motiva aportar métodos de intervención que aporten a su salud emocional y conductual a pesar de la enfermedad crónica e irreversibles que padecen.

Tabla 5*Niveles de Depresión de los Pacientes*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0-9,7 mínimo	4	4,7	4,7	4,7
	9,8-19,5 Leve	23	26,7	26,7	31,4
	19,6-28 Moderado	52	60,5	60,5	91,9
	29-63 Grave	7	8,1	8,1	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

Fuente: Investigación de campo en la Unidad de Diálisis Reynadial.
Elaborado por: la autora

Figura 5 Niveles de depresión de los pacientes

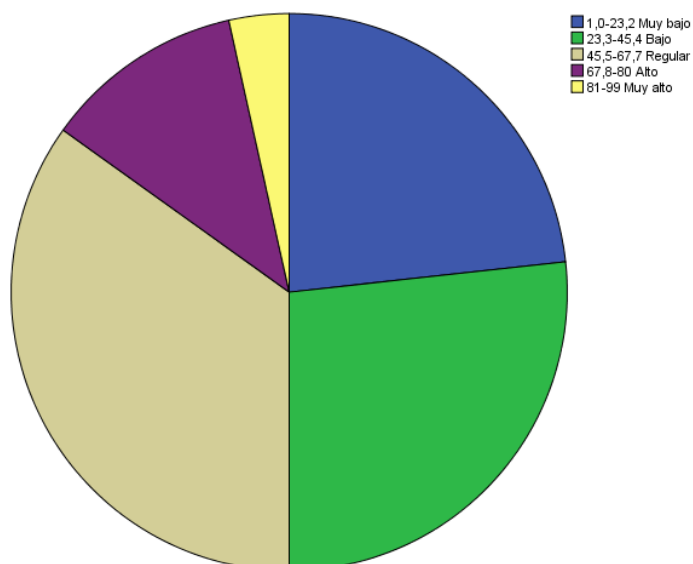
Fuente: Investigación de campo en la Unidad de Diálisis Reynadial.
Elaborado por: la autora

Los pacientes con ERC en tratamiento en hemodiálisis que analice en la variable depresión, se tiene que el 60,5% presentan niveles de depresión moderada, seguida por el 26,7% presentan depresión leve, los rangos mínimos y grave obtuvieron los porcentajes más bajo 4,7% y 8,1% respectivamente. De esta manera, se expone que existen señales de depresión entre los pacientes, las mismas que pueden progresar según el tiempo y las características personalógicas de cada paciente.

Tabla 6*Niveles de atención selectiva*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1,0-23,2 Muy bajo	20	23,3	23,3	23,3
	23,3-45,4 Bajo	23	26,7	26,7	50,0
	45,5-67,7 Regular	30	34,9	34,9	84,9
	67,8-80 Alto	10	11,6	11,6	96,5
	81-99 Muy alto	3	3,5	3,5	100,0
Total		86	100,0	100,0	

Fuente: Investigación de campo en la Unidad de Diálisis Reynadial.
Elaborado por: la autora

Figura 6 Niveles de atención selectiva

Fuente: Investigación de campo en la Unidad de Diálisis Reynadial.
Elaborado por: la autora

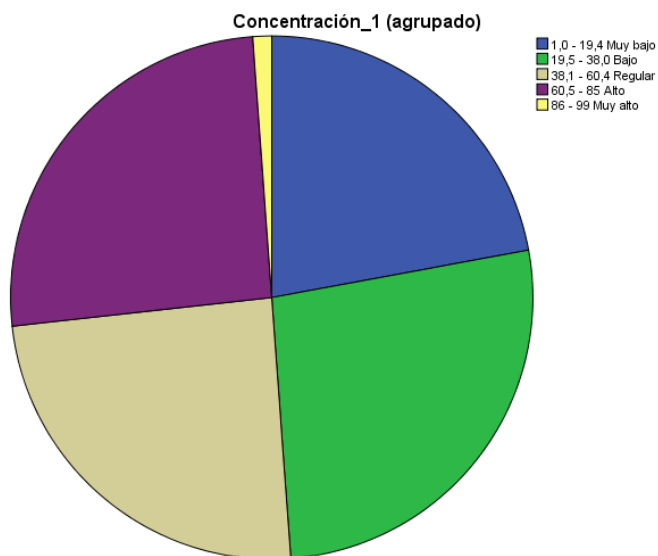
El nivel de atención selectiva que se presentó en mayor porcentaje fue el regular con el 34,9%, seguido con el nivel bajo con 26,7%, demostrando que las personas en el estudio tuvieron dificultad en tener la atención necesaria para cumplir con la actividad dispuesta en la evaluación; mientras que, el nivel alto y muy alto se presentó en un 11,6% y un 3,5% respectivamente.

Tabla 7*Niveles de Atención Sostenida*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1,0 - 19,4 Muy bajo	19	22,1	22,1	22,1
	19,5 - 38,0 Bajo	23	26,7	26,7	48,8
	38,1 - 60,4 Regular	21	24,4	24,4	73,3
	60,5 - 85 Alto	22	25,6	25,6	98,8
	86 - 99 Muy alto	1	1,2	1,2	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

Fuente: Investigación de campo en la Unidad de Diálisis Reynadial.
Elaborado por: la autora

Figura 7 Niveles de atención sostenida



Fuente: Investigación de campo en la Unidad de Diálisis Reynadial.
Elaborado por: la autora

En el nivel de atención sostenida, se obtuvo que un 26,7% de los individuos evaluados presentaron niveles bajos y un 24,4% tuvieron una atención regular, denotando que omitieron un gran porcentaje en el rango del total de aciertos de la prueba y que acarrea dificultades en cumplir con las tareas dispuestas. Un 25,6% presentaron un nivel alto, que quiere decir que no tuvieron dificultades y se encuentran en parámetros normales de atención sostenida.

Tabla 8*Correlación entre las variables depresión y atención selectiva-sostenida*

		Depresión (agrupado)	Atención selectiva (agrupado)	Atención sostenida (agrupado)
Depresión Global	Correlación de Pearson	1	-,210	-,081
	Sig. (bilateral)		,052	,457
	N	86	86	86
Atención selectiva	Correlación de Pearson	-,210	1	,565**
	Sig. (bilateral)	,052		,000
	N	86	86	86
Atención sostenida	Correlación de Pearson	-,081	,565**	1
	Sig. (bilateral)	,457	,000	
	N	86	86	86

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Fuente: Investigación de campo en la Unidad de Diálisis Reynadial.

Elaborado por: la autora

Acerca de la correlación entre la depresión y la atención selectiva, esta se muestra con un valor $r = -0,210$, lo que significa que existe una correlación negativa moderada, es decir que las variables tienen una relación inversa, que indica mientras una variable aumenta, la otra disminuye, es decir si la depresión aumenta, la atención selectiva disminuye.

Sobre la correlación entre la depresión y la atención sostenida, esta mostró un valor de $r = -0,081$, lo que significa que existe una correlación negativa débil, que refiere a una relación inversa, que mientras una aumenta la otra disminuye, pero en un valor muy

mínimo. Esto indica que si la depresión aumentar, la atención sostenida disminuirá lentamente.

También se tiene la correlación de la atención selectiva frente a la atención sostenida, teniendo un valor de $r= 0,565$, que quiere decir que existe una correlación positiva fuerte y a su vez una relación directa, y manifiesta que, si una variable aumenta, la otra lo hace de la misma forma. Es decir, que si la atención selectiva sube, la sostenida lo hace también.

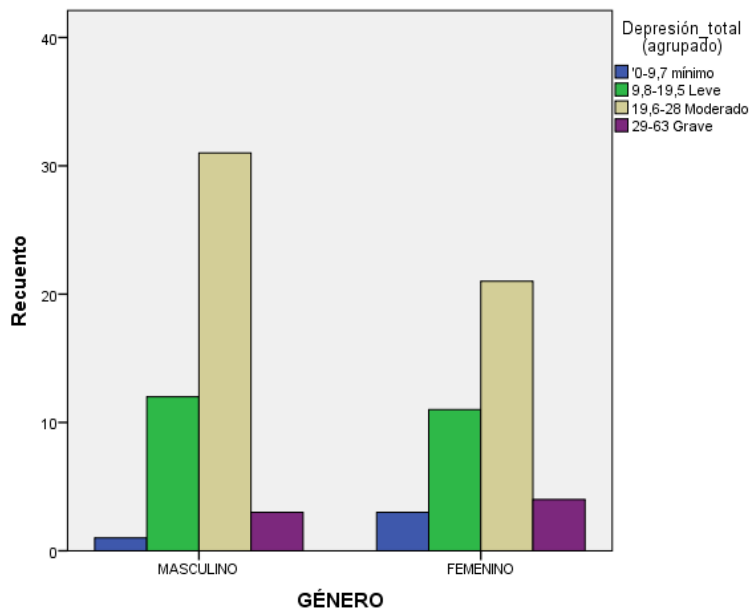
Tabla 9

Contratación de género con depresión

		Depresión				Total	
		0-9,7 mínimo	9,8-19,5 Leve	19,6-28 Moderado	29-63 Grave		
GÉNERO	MASCULINO	Recuento	1	12	31	3	47
		% dentro de Depresión	25,0%	52,2%	59,6%	42,9%	54,7%
	FEMENINO	Recuento	3	11	21	4	39
		% dentro de Depresión	75,0%	47,8%	40,4%	57,1%	45,3%
Total		Recuento	4	23	52	7	86
		% dentro de Depresión	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Investigación de campo en la Unidad de Diálisis Reynadial.
Elaborado por: la autora

Figura 8 Contratación de género con depresión



Fuente: Investigación de campo en la Unidad de Diálisis Reynadial.
Elaborado por: la autora

En el caso de la exposición sobre el género más afectado con diagnóstico de depresión, se tiene al masculino de manera general con el 54,7%, mientras que el femenino se presentó en el 45,3% de los casos estudiados, demostrando que los hombres pacientes renales crónicos con tratamiento en hemodiálisis tienen mayor propensión de padecer depresión a diferencia de las mujeres.

En manera de identificar por niveles, la depresión mínima se presentó en el 75% en mujeres y un 25% hombres, la leve en cambio fue un 52,2% masculino y un 47,8% femenino. En los casos de depresión moderada, se encontró que el 59,6% de los casos fueron hombres y un 40,4% de mujeres y en cambio, en los casos de depresión grave, el 57,1% se presentaron en mujeres y 42,9% en hombres.

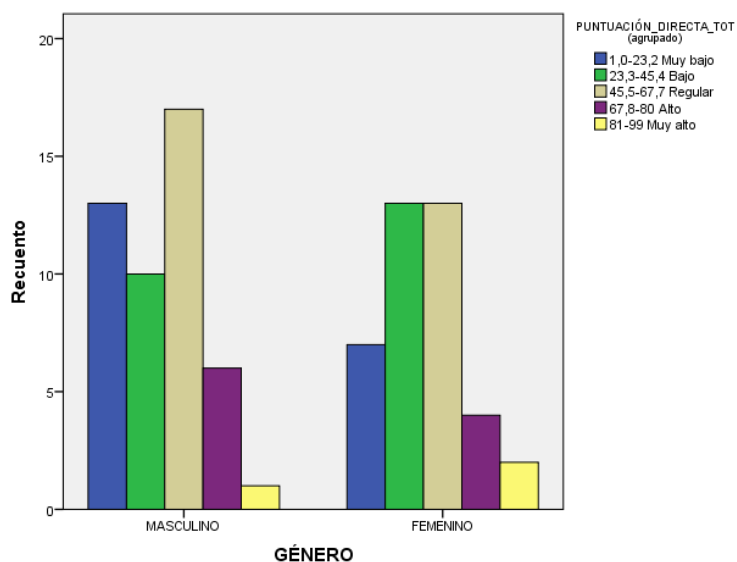
Tabla 10

Contrastación Género y atención selectiva

			1,0-23,2	23,3-	45,5-67,7	67,8-80	81-99			
			Muy bajo	45,4	Regular	Alto	Muy alto			
			Bajo							
GÉNERO	MASCULINO	Recuento	13	10	17	6	1	47		
		% dentro de atención selectiva	65,0%	43,5%	56,7%	60,0%	33,3%	54,7%		
	FEMENINO	Recuento	7	13	13	4	2	39		
		% dentro de atención selectiva)	35,0%	56,5%	43,3%	40,0%	66,7%	45,3%		
Total	Recuento		20	23	30	10	3	86		
	% dentro de atención selectiva		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		

Fuente: Investigación de campo en la Unidad de Diálisis Reynadial.
Elaborado por: la autora

Figura 9 Contrastación Género y atención selectiva



Fuente: Investigación de campo en la Unidad de Diálisis Reynadial.
Elaborado por: la autora

El género masculino es el que presentó más casos de los distintos niveles de atención frente a los resultados del género femenino. En el caso de la medición de los niveles de atención selectiva con puntuación muy baja, los hombres tuvieron un resultado de 65% en relación al 35% en las mujeres. La puntuación de atención selectiva baja, fue en cambio un 56,5% en mujeres y un 43,5% en hombres. En los niveles de puntuación regular, el 56,7% de los resultados se dieron en los hombres y el 43,3% en mujeres.

En los niveles de atención selectiva positivos, en el parámetro alto se dio un 60% en hombres y un 40% en mujeres, mientras que el nivel muy alto se presentó en el 66,7% en mujeres y en el 33,3% en los hombres.

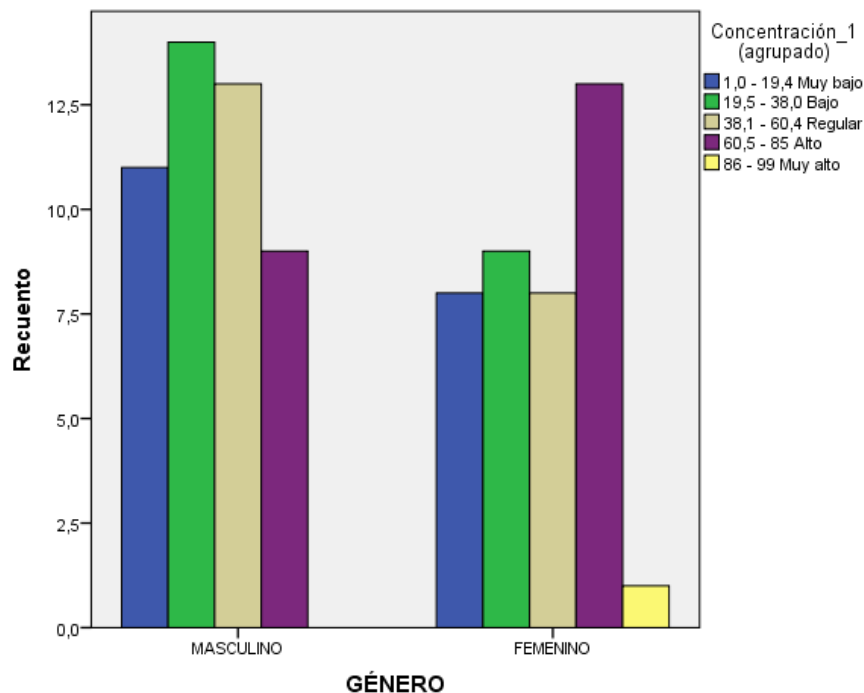
Tabla 11

Contrastación género y atención sostenida

			Atención sostenida					Total
			1,0 - 19,4 Muy bajo	19,5 - 38,0 Bajo	38,1 - 60,4 Regular	60,5 - 85 Alto	86 - 99 Muy alto	
GÉNERO	MASCULINO	Recuento	11	14	13	9	0	47
		% dentro de atención sostenida	57,9%	60,9%	61,9%	40,9%	0,0%	54,7%
	FEMENINO	Recuento	8	9	8	13	1	39
		% dentro de atención sostenida	42,1%	39,1%	38,1%	59,1%	100,0%	45,3%
Total		Recuento	19	23	21	22	1	86
		% dentro de atención sostenida)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Investigación de campo en la Unidad de Diálisis Reynadial.
Elaborado por: la autora

Figura 10 Contraste género y atención sostenida



Fuente: Investigación de campo en la Unidad de Diálisis Reynadial.
Elaborado por: la autora

En relación al género con la atención sostenida, se tiene que en el nivel muy bajo se presentó más en los hombres con el 57,9% y 42,1% en mujeres, mientras que el nivel bajo tuvo una representación en hombres del 60,9% y en mujeres del 39,1%. En el nivel regular de atención sostenida, el 61,9% se presentó en hombres y el 38,1% en mujeres.

En cambio, en los niveles positivos de atención sostenida, en el nivel alto se encontró en el 59,1% en mujeres y en 40,9% en hombres y por último, en el nivel muy alto se dio en el 100% en mujeres. Se demuestra que la atención sostenida en niveles negativos se presentó más frecuentemente en hombres a diferencia de las mujeres.

4.3. Verificación de hipótesis

Teniendo en cuenta que la hipótesis planteada en la investigación es: A mayores niveles de depresión, mayor es el déficit de atención selectiva-sostenida en los pacientes con

insuficiencia renal crónica en hemodiálisis de la Unidad de Diálisis Reynadial, se ha realizado la verificación de la hipótesis mediante la prueba T de muestra única.

Tabla 12

Verificación de hipótesis

	Prueba de muestra única					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
					Inferior	Superior
Depresión	17,313	85	,000	12,140	10,75	13,53
Atención	20,131	85	,000	174,023	156,84	191,21

Fuente: Investigación de campo en la Unidad de Diálisis Reynadial.

Elaborado por: la autora

Una vez realizado la prueba de la hipótesis, se muestra la significancia entre ambas variables, por lo que se acepta la hipótesis alternativa y se rechaza la hipótesis nula al tener un valor de significancia bilateral de 0,000

CONCLUSIONES

Al haber realizado la investigación en su totalidad y haber obtenidos los datos estadísticos, se puede dar respuestas a los objetivos planteados en nuestra investigación:

Se han identificado niveles de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica con hemodiálisis mediante el test de Beck, siendo el de mayor incidencia los niveles moderados 60,5% y leve 26,7%, pero existen casos en menor proporción con depresión grave. Dentro de esta población se evidenció que el género masculino presentó un 54,7% de mayor incidencia en padecer algún nivel de depresión.

Se evaluaron los niveles de atención selectiva-sostenida mediante la prueba Neuropsicológica D2. Demostrando que la atención selectiva presentó mayor porcentaje en niveles por debajo de percentiles regulares obteniendo un 34,9% para este nivel, seguido de la categoría baja y muy baja con un total de 50% entre ambas categorías.

En cuanto a los niveles de atención sostenida sus valores estadísticos presentaron poca deficiencia en las primeras cuatro categorías, siendo las de mayor indicador marcado el nivel bajo un 26% seguido de la categoría regular con un 25,4%. Por lo cual, se concluye que ambas variables presentan déficit en sus resultados, siendo la atención selectiva la de mayor incidencia, que indica déficit en la selección de estímulos relevantes, sin que esto quiera decir que la población no presente problemas en la atención sostenida. En cuanto las diferencias de género presentaron mayores déficits de atención los hombres con 54,7% sobre 45,3% de las mujeres.

La relación entre las variables depresión con la atención selectiva, demuestra que existe un grado de relación significativa –negativa y moderada lo que quiere decir que a mayor grado de depresión menores son los niveles de atención. En cuanto la atención sostenida el valor de $r = -0,081$ que indica una correlación negativa débil es decir que existe una relación inversa, pero con un valor mínimo.

Con lo que podemos concluir que se acepta la hipótesis alternativa; a mayores niveles de depresión menores son los niveles de atención selectiva-sostenida.

En base a los resultados obtenidos, se ha realizado el diseño de un programa de intervención de rehabilitación cognitiva atencional, denominado “Entrenando a mi cerebro”

RECOMENDACIONES

- En los pacientes que presentan depresión grave deben recibir al menos dos intervenciones psicológicas a la semana para mejorar los indicadores depresivos.
- En el tratamiento con los pacientes depresivos moderados involucrarlos en actividades grupales de ocio y recreación.
- Involucrar a la familia en el acompañamiento de actividades lúdicas para mejorar los niveles de atención selectiva-sostenida.
- Se recomienda a la unidad de hemodiálisis Reynadial implementar el programa “Entrenando a mi cerebro”, trabajándolo de forma conjunta para el beneficio de esta población.
- Promover en los profesionales de la salud mental el incluir dentro de sus evaluaciones pruebas neuropsicológicas, que permitan detectar alteraciones cognitivas y poder brindar tratamiento oportuno.
- Incentivar a futuras investigaciones en el área neuropsicológicas que sean dirigidas a la etapa adulta y con patologías emocionales.

BIBLIOGRAFÍA

- Abundis, A. (19 de Octubre de 2014). *Atención y función ejecutiva: desarrollo e impacto de factores socio-ambientales*. Obtenido de Tesis de grado de Psicología. Universidad de Granada: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=57971>
- Álava, S., Cantero, M., Garrido, H., Sánchez, I., & Santacreu, J. (2021). Atención Sostenida y Selectiva en subtipos de TDAH y en Trastorno de Aprendizaje: una comparación clínica. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 19(1), 117-144. Recuperado el 18 de Agosto de 2021, de <http://ojs.ual.es/ojs/index.php/EJREP/article/view/3778/4473>
- Benedet, M. (2002). *Neuropsicología Cognitiva. Aplicaciones a la clínica y a la investigación. Fundamento teórico y metodológico de la Neuropsicología Cognitiva*. Recuperado el 29 de Julio de 2021, de Observatorio de la discapacidad: <https://sid.usal.es/idocs/F8/8.1-6407/neuropsicologia.pdf>
- Bernabéu, E. (2017). La atención y la memoria como claves del proceso de aprendizaje. Aplicaciones para el entorno escolar. *ReiDoCrea*, 6(2), 16-23. Recuperado el 14 de Junio de 2021, de <https://www.ugr.es/~reidocrea/6-2-3.pdf>
- Bernal, A. (Noviembre de 2018). *Estudio Neuropsicológico de la memoria, la atención y el lenguaje en el síndrome postraumático craneal leve*. Recuperado el 30 de Julio de 2021, de Tesis para título de Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Ecuador: [http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/15765/Disertaci%
c3%b3n-Ana%20Bel%
c3%a9n%20Bernal%20Gonz%
c3%a1lez.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/15765/Disertaci%c3%b3n-Ana%20Bel%c3%a9n%20Bernal%20Gonz%c3%a1lez.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Bernate, M., Baquero, M., & Soto, F. (2009). Diferencias en los Procesos de Atención y Memoria en Niños con y sin Estrés Postraumático. *Cuadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal of Neuropsychology*, 3(1), 104-115. Recuperado el 10 de Agosto de 2021, de <https://www.redalyc.org/pdf/4396/439642483005.pdf>
- Cabrales, J., Sánchez, M., Ojeda, I., Monterubio, E., & Hernández, C. (2017). Factores asociados a ansiedad y desesperanza en pacientes con enfermedad renal crónica, atendidos en un hospital regional de México. *Revista Mexicana de Investigación en*

- Psicología*, 9(1), 46-53. Recuperado el 15 de Junio de 2021, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexinvpsi/mip-2017/mip171d.pdf>
- Castillo, L. (1 de Septiembre de 2018). *Depresión y su relación con la atención en adultos mayores atendidos en el IESS*. Recuperado el 20 de Agosto de 2021, de Tesis de grado para título de Psicólogo Clínico. Universidad Técnica de Ambato: <https://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/28612>
- CIE-11. (1 de Mayo de 2021). *CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://icd.who.int/browse11/1-m/es>
- Delfino, P. (2021). Avaliação neuropsicológica em pacientes renais crônicos. *Brazilian Journal of Development*, 7(8), 80043-80061. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n8-290>
- Domínguez, I., Prieto, V., & Barraca, J. (2017). Un estudio de caso de trastorno adaptativo con ansiedad por situación de sobrecarga laboral. *Clínica y Salud*, 28(3), 139-146. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2017.05.003>
- Echavarría, L. (2013). El proceso de la atención: Una mirada desde la neuropsicología. *Rev. digit. EOS Perú*, 1(1), 15-18. Recuperado el 16 de Junio de 2021, de <https://eosperu.net/revista/wp-content/uploads/2015/10/revista-01.pdf#page=17>
- Fernández, A. (2014). Neuropsicología de la atención. Conceptos, alteraciones y evaluación. *Revista Argentina de Neuropsicología*, 25(1), 1-28. Recuperado el 17 de Junio de 2021, de https://www.researchgate.net/publication/273970215_Neuropsicologia_de_la_atencion_Conceptos_alteraciones_y_evaluacion
- García, D. (19 de Julio de 2017). *Depresión en el siglo XX: concepción y tratamientos*. Recuperado el 1 de Agosto de 2021, de Tesis de grado para título de Psicología. Universidad del Rosario: <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/18022/Trabajo%20de%20grado%20David%20Garc%EDa%20Neme%20FINAL%20corregido.pdf;jsessionid=9360B5227A2CEA6D86A0EE2C0C22BB9B?sequence=1>
- Gil, R. (2019). *Neuropsicología. 7a ed.* Barcelona: Elsevier.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación. 6ta edición*. México D.F.: McGrall Hill.

- Hernando, L. (2012). *Historia de la nefrología en España*. Barcelona: Grupo Editorial Nefrología de la Sociedad Española de Nefrología.
- Jatuff, J. (2020). Atención selectiva y moral heroica. El vigor de William James frente a la crisis de Fin de Siècle. *Areté*, 32(2), 395-416. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.18800/arete.202002.005>
- Jiménez, M., Gallardo, G., Villaseñor, T., & González, A. (2013). La distimia en el contexto clínico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(2), 212-218. [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(13\)70008-8](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(13)70008-8)
- Londoño, L. (2009). La atención: un proceso psicológico básico. *Revista Academia*, 5(8), 91-100. Recuperado el 10 de Agosto de 2021, de <https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/150730/555786.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Madero, M., Suárez, J., Mayancela, M., & Villegas, E. (2021). Trastorno depresivo mayor. *RECIAMUC*, 5(1), 32-41. [https://doi.org/https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.\(1\).ene.2021.32-41](https://doi.org/https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.(1).ene.2021.32-41)
- Maureira, F., Bobadilla, A., Ramírez, M., & Fuentealba, D. (2019). Valores normativos del test de Toulouse-Piéron de atención selectiva y sostenida en una muestra de estudiantes de educación física de Santiago de Chile. *Revista Ciencias de la Actividad Física UCM*, 20(1), 1-7. <https://doi.org/http://doi.org/10.29035/rcaf.20.1>
- Moreno, C., & Lopera, F. (2010). Efectos de un entrenamiento cognitivo sobre el estado de ánimo. *Revista Chilena de Neuropsicología*.
- Moya, M. A. (2017). *Estudio del estado emocional de los pacientes en Hemodialisis*. Córdoba: Unidad de Gestión Clínica de Nefrología.
- MSP. (16 de Noviembre de 2015). *Programa Nacional de Salud Renal*. Obtenido de Ministerio de Salud Pública: https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/1469/Presentaci%C3%B3n%20Di%C3%A1lisis%20Criterios%20de%20Priorizaci%C3%B3n%20y%20Planificaci%C3%B3n.pdf
- MSP. (1 de Octubre de 2018). *Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica. Guía de práctica clínica*. Obtenido de Ministerio de Salud Pública del

Ecuador: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/10/guia_prevenion_diagnostico_tratamiento_enfermedad_renal_cronica_2018.pdf

Muñoz, R., & Arreaga, H. (1 de Septiembre de 2019). *Análisis de los procesos cognitivos básicos mediante el test neuropsi en niños de edad escolar en el sur de guayaquil*. Obtenido de Tesis de grado de Psicología. Facultad de Ciencias Psicológicas, Universidad de Guayaquil: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/43553>

OMS. (30 de Marzo de 2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

OMS. (30 de Marzo de 2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Obtenido de Organización Mundial de la salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

OMS. (19 de Diciembre de 2020). *Atención primaria en salud*. Recuperado el 29 de Julio de 2021, de Organizació Mundial de la Salud: <https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud>

OMS. (30 de Enero de 2020). *Depresión*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

OPS. (11 de Marzo de 2014). *Crece el número de enfermos renales entre los mayores de 60 años con diabetes e hipertensión*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9379:2014-kidney-disease-rising-among-seniors-diabetes-hypertension&Itemid=1926&lang=es

OPS. (10 de Marzo de 2015). *La OPS/OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento*. Obtenido de Organización Panamericana de Salud: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542:2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=es

- OPS. (10 de Marzo de 2017). *Vida saludable y el control de la diabetes ayudan a prevenir la enfermedad renal crónica*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: Argentina:
https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=10104:vida-saludable-y-el-control-de-la-diabetes-ayudan-a-prevenir-la-enfermedad-renal-cronica&Itemid=234
- Páez, M., & Peña, F. (2018). Depresión en universitarios. Diversas conceptualizaciones y necesidad de intervenir desde una perspectiva compleja. *Archivos de Medicina (Col)*, 18(2), 339-353. Recuperado el 8 de Agosto de 2021, de <https://www.redalyc.org/jatsRepo/2738/273857650007/273857650007.pdf>
- Pérez, E. (2008). *Desarrollo de los procesos atencionales*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Obtenido de <https://eprints.ucm.es/8447/1/T30734.pdf>
- Pérez, E., Cervantes, V., Hijuelos, N., Pineda, J., & Salgado, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista biomédica*, 28(2), 73-98. <https://doi.org/https://doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557>
- Pioli, D., de Carvalho, J., & Fumagalli, J. (2019). Influencia de los síntomas de depresión en las funciones neuropsicológicas después del accidente cerebrovascular. *Ciencias Psicológicas*, 13(1), 56-66. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.22235/cp.v13i1.1809>
- Portellano, J., & García, J. (2014). *Neuropsicología de la atención, de las funciones ejecutivas y la memoria*. Madrid: Síntesis.
- Rodríguez, M., Badilla, E., & Cruz, M. (2019). Salud mental y su relación con las características biosociodemográficas en pacientes hemodializados. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 8(1), 79-93. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.22235/ech.v8i1.1801>
- Rufo-Campos, M. (2006). La neuropsicología: historia, conceptos básicos y aplicaciones. *Revista de Neurología*, 43(1), S57-S58. Recuperado el 29 de Julio de 2021, de <http://www.publicacions.ub.es/refs/Articles/neuropsicologiau.pdf>
- Salas, R., & Fernández, A. (2019). Valoración de las necesidades de atención psicológica en pacientes en hemodiálisis mediante indicadores de ansiedad y depresión.

Enfermería Nefrológica, 22(2), 177-184.
<https://doi.org/https://dx.doi.org/10.4321/s2254-28842019000200009>

Sánchez, Á., & Vázquez, C. (2012). Sesgos de atención selectiva como factor de mantenimiento y Vulnerabilidad a la Depresión: Una Revisión Crítica. *Terapia Psicológica*, 30(3), 103-117.

Soto, L., & Álvarez, O. (2017). Historia de la Nefrología en Pinar del Río. 1974-2015. I Parte. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 21(1), 115-125. Recuperado el 1 de Agosto de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000100017&lng=es&tlng=es

Trápaga, C., Pelayo, H., Sánchez, I., Bello, Z., & Bautista, A. (2017). *De la psicología cognitiva a la neuropsicología*. México D.F.: Editorial Manual Moderno.

Vallejos, J., & Ortega, E. (2018). Niveles de depresión y factores sociodemográficos en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en Perú. *Ciencias Psicológicas*, 12(2), 205-214.
<https://doi.org/https://dx.doi.org/10.22235/cp.v12i2.1683>

ANEXOS

Anexo 1 Modelo de propuesta de Programa de atención selectiva y sostenida

1. Fundamentación de la propuesta

La Organización Mundial de Salud (OMS, 2018) manifiesta que son más de 300 millones de personas diagnosticadas con insuficiencia renal crónica, patología que viene acompañada de diversos aspectos negativos (calambres, catéteres, hipertensión) conllevando a que presenten una inadecuada adherencia al tratamiento, inasistencia al tratamiento, desórdenes alimenticios, dificultadas para realizar actividades diarias, repercutiendo significativamente a nivel emocional, conllevando a presentar depresión, ansiedad, estrés entre otros. De ahí surge la necesidad de realizar una investigación que permitan identificar la relación de la depresión con la función neuropsicológica de la atención y posterior a este diseñar un programa de intervención destinada a mejorar la calidad de vida de esta población, mediante rehabilitación cognitiva atencional.

En su estudio Moreno & Lopera (2010) mencionan que entrenar el área cognitiva tiene resultados positivos en el estado de ánimo, y así mismo a través del entrenamiento se mejora la funcionalidad del cerebro atribuidos a la plasticidad cerebral. Objetivo que se quiere lograr con la implementación del programa y así posteriormente ir abriendo campo a nuevas áreas cognitivas y poder incluir dentro de las intervenciones neuropsicológica de una forma general.

Es importante recalcar que, para poder iniciar el diseño, primero que nada, es adecuado realizar una evaluación neuropsicológica individualizada y completa para comprender el estado actual del paciente e identificar el déficit y fortaleza atencionales. Y luego, al finalizar el programa se realizará otra evaluación para conocer la eficacia del mismo.

2. Objetivos de la propuesta

2.1. Objetivo General

- Diseñar un programa de rehabilitación neuropsicológica en atención selectiva y sostenida dirigido a pacientes de 30 a 60 años que asisten a la unidad de Diálisis Reynadial de la ciudad de Guayaquil.

2.2. Objetivo específico

- Estimular el área cognitiva atencional mediante actividades lúdicas e interactivas.
- Mejorar los niveles de atención selectiva y sostenida de los pacientes.
- Ejercitar la actividad mental mediante ejercicios atencionales

3. Descripción de la propuesta

Programa de atención selectiva y sostenida

ENTRENANDO A MI CEREBRO

Lineamientos generales

Institución: Unidad de Diálisis Reynadial

Director: Dr. Mario Hernández Rodríguez

Población beneficiaria: 86 pacientes con Insuficiencia renal crónica en hemodiálisis

Facilitador: Karen Jurado Espinoza

Metodología

La metodología para el programa *Entrenando a mi cerebro* se llevará a cabo mediante seis sesiones programadas, las mismas que estarán conformados por grupos de tres a cinco personas, utilizando actividades interactivas y lúdicas, con la finalidad de promover la atención y mejorar la calidad de vida de esta población.

Los pacientes que aplicarán al programa son de edades comprendidas entre 30 a 60 años, que asisten de lunes a viernes al centro de diálisis. Cada una de las actividades a

desarrollar serán guiadas por el personal del área de psicología. Las sesiones tendrán una duración de 45 minutos.

Previo al inicio de cada encuentro el profesional a cargo deberá realizar actividades interactivas para generar empatía y confianza entre los participantes terapeuta.

Para la aplicación del programa se deben tomar en cuenta los siguientes requerimientos:

- Adecuar un espacio cómodo, iluminado, ventilado y de fácil acceso para los participantes.
- Contar con las medidas de bioseguridad, tales como: mascarillas, alcohol y distanciamiento. debido a la pandemia del Covid-19.
- Observar que los participantes se encuentren en condiciones estables de salud previo, durante y después de cada sesión del programa.
- Organizar todos los recursos a utilizar en cada sesión.

Población beneficiaria del programa

El diseño del programa *Entrenando a mi cerebro* está dirigido a las personas cuyas edades oscilan entre 30 a 60 años, diagnosticados con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. El programa no se desarrollará con pacientes que presenten déficit cognitivo, bajo nivel de alerta, orientación ya que impediría a la realización del mismo.

Instrumentos de evaluación

Es importante destacar que ante cualquier actividad a realizar con los participantes se debe evaluar antes y después de la intervención para identificar la efectividad del programa. Para la evaluación se utilizará el test D2 al ingreso y al finalizar el programa.

Recursos

Recurso humano

- Director
- Familiares
- Facilitadores
- Pacientes

Recurso material

- Folletos de impresos
- Actividades
- Hojas, lapiceros, marcadores, pizarra.
- Computadora
- Espacio ventilado e iluminado
- Escritorio, sillas.
- Alcohol

Financiamiento: Unidad de hemodiálisis Reynadial.

Para la realización del programa *Entrenando a mi cerebro* se necesitarán los siguientes recursos detallados a continuación.

Recurso	Cantidad	Valor unitario	Total
Tinta para impresora	1 kit	\$30,00	\$30,00
Computadora	1	\$0,00	\$0,00
hojas	3 resmas	\$4,00	\$12,00
Parlantes	1	\$15,00	\$15,00
Lapiceros	10	\$0,20	\$2,00

Marcadores de pizarra	5	\$2,00	\$10,00
Pizarra	1	\$40,00	\$40,00
Sillas	3	\$0,00	\$0,00
Frascos de Alcohol	3	\$3,00	\$9,00
TOTAL			\$118,00

Evaluación: Previo a las evaluaciones con los pacientes de la unidad, se entregará informes que indiquen la evolución de los pacientes al departamento de Recursos Humanos de la empresa.

DISEÑO DE INTERVENCION					
Área	Objetivos específicos	Acciones (actividades)	Recursos humanos	Recursos materiales	Tiempo
Sesión 1 Orientación y niveles de alerta	<ul style="list-style-type: none"> · Ubicar al sujeto en tiempo y espacio. Promover a la adquisición de la consciencia 	Dinámicas <ul style="list-style-type: none"> · Historias encadenadas. 	Terapeuta	Espacios confortables, computadora, fichas.	45 minutos
		Identidad personal, temporal, espacial. <ul style="list-style-type: none"> · Mostar a los pacientes fichas que permitan identificar el tiempo, lugar que se encuentra. 			
Sesión 2 Atención global		Auditiva: <ul style="list-style-type: none"> · Escuchar un sonido o una melodía y levantar la mano cada vez que cese. · Atender a los ruidos que hay en una calle y sonidos ambientales Modalidad táctil: <ul style="list-style-type: none"> · Decir "sí" cuando el terapeuta palpe el dorso de la mano del sujeto dos veces seguidas y decir "no" cuando solamente le toque una vez. Los ejercicios deben ser con los ojos cerrados.	Terapeuta		

Sesión 3 Atención selectiva	Estimular el foco atencional, seleccionando estímulos relevantes e ignorando estímulos irrelevantes.	Ejercicios de estimulación atencional selectivos. <ul style="list-style-type: none"> · Figuras incompletas. · Go/no go · Crucigramas · Cartas · Sopa de letras · El intruso 	Terapeuta	Espacio confortable, computadora, parlantes. Folleto de ejercicios impresos.	45 minutos
Sesión 4 Atención plena	Prestar atención plena a las situaciones o momentos que se encuentra atravesando.	Técnica de conciencia plena Mindfulness. <ul style="list-style-type: none"> · Meditación. · Concentrarse en la respiración. · Aceptarse así mismo 	Terapeuta	Parlantes, computadora.	
Sesión 5 Atención sostenida	Fomentar la capacidad de concentración	Ejercicios de estimulación atencional sostenidos. <ul style="list-style-type: none"> · Se utilizará el manual de atención sostenida, el mismo que comprende una serie de fichas para ser presentada a los pacientes. Contiene actividades como: marque la imagen incorrecta, seleccione las figuras similares, encuéntrame, entre otros. 	Terapeuta	Espacio confortable, computadora, parlantes. Folleto de ejercicios impresos. Fichas de trabajo.	45 minutos
Sesión 6 Cierre general de sesiones. Evaluación.	Evaluación del test. Identificar los aportes de programa.	Dinámica: <ul style="list-style-type: none"> · Que traigo y que me llevo. · Generar compromisos. · Aplicar test D2 	Terapeuta	Baterías, lapiceros.	45 minutos

Anexo 2 consentimiento Informado pacientes

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Karen Jurado Espinoza con número de cedula 0923559686, estudiante de la “MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA MENCIÓN NEUROPSICOLOGÍA DEL APRENDIZAJE”, de la Universidad Estatal de Milagro, me dirijo a usted para solicitar su autorización en la aplicación de baterías neuropsicológicas , las mismas que servirán para recoger datos previos a la investigación que realizo “RELACIÓN ENTRE LA DEPRESIÓN Y LA ATENCIÓN SELECTIVA Y SOSTENIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL EN HEMODIÁLISIS”, Información que será tratada con estricta confidencialidad y solo se otorgaran resultados de forma global. El no participar no genera ningún problema.


Yo.....Con número de cedula.....

Autorizo participar libre y voluntariamente como colaborador en el proyecto de investigación de la psicóloga Karen Jurado estudiante de la “MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CON MENCIÓN EN NEUROPSICOLOGÍA DEL APRENDIZAJE”, luego de ser informado con claridad y veracidad.


Firma del paciente

Anexo 3 Consentimiento Informado Centro de Diálisis

REPÚBLICA DEL ECUADOR



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO




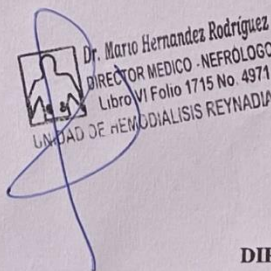
Doctor
Mario Hernández Rodríguez
Director
Unidad de Diálisis Reynadial

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo de parte de la Directora del Departamento de Investigación y Posgrado de la Universidad Estatal de Milagro, considerando su apreciable aporte a la formación académica de nuestros estudiantes, solicito a usted y por su digno intermedio a quien corresponda, conceda el permiso para la ejecución del trabajo de investigación **“Relación entre la depresión y la atención selectiva y sostenida en pacientes con insuficiencia renal en hemodiálisis”**; la Ps. Karen Mercedes Jurado Espinoza; con cédula de ciudadanía No. **0923559686**, se encuentra legalmente matriculada en la MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CON MENCIÓN EN NEUROPSICOLOGÍA DEL APRENDIZAJE.

Así consta en archivo de Secretaría de la Dirección de Investigación y Posgrado, al que me remito en caso de ser necesario.

Milagro, 16 de septiembre de 2021



Dr. Mario Hernández Rodríguez
DIRECTOR MEDICO - NEFROLOGO
Libro VI Folio 1715 No. 4971
UNIDAD DE HEMODIALISIS REYNADIAL

ANA EVA
CHACON

Mgs. Ana Chacón Luna
DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

Ing. Heidy Erazo P.
Asistente Técnico de Posgrado
RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN

Dirección: Cdla. Universitaria Km. 1 1/2 vía km. 26
Comutador: (04) 2715081 - 2715079 Ext. 3107
Telefax: (04) 2715187
Milagro • Guayas • Ecuador

VISIÓN
Ser una universidad de docencia e investigación.

MISIÓN
La UNEMI forma profesionales competentes con actitud proactiva y valores éticos, desarrolla investigación relevante y oferta servicios que demanda el sector externo, contribuyendo al desarrollo de la sociedad.

www.unemi.edu.ec