UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

NIVEL PREGRADO

CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA

"INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN PACIENTES DE 50 A 65 AÑOS DE EDAD, EN ETAPA INICIAL DELTRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL PERIODO AGOSTO 2013 - ENERO 2014."

TESIS PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE PSICOLOGA CLÍNICA

AUTORA:

María Elisa Vicente Macas

DIRECTOR:

Dr. Luis Fernando Sarmiento L

LOJA - ECUADOR

2014

CERTIFICACIÓN

Psicólogo Clínico Luis Fernando Sarmiento L.

DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA DEL AREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA Y DIRECTOR DE TESIS.

CERTIFICA:

Que, en calidad de Director de la tesis titulada: "INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN PACIENTESDE 50 A 65 AÑOS DE EDAD, EN ETAPA INICIAL DEL TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA, EN EL PERIODO AGOSTO 2013 - ENERO 2014", he proporcionado la asesoría requerida a la Egresada María Elisa Vicente Macas, durante el proceso de investigación y preparación, y una vez revisado en su totalidad, autorizo la presentación y su publicación.

Loja, Enero del 2014

Psic. Cl. Luis Fernando Sarmiento L.

Director de Tesis

AUTORÍA

Yo, María Elisa Vicente Macas declaro ser la autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

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

Autor: María Elisa Vicente Macas

Firma: .....

Cedula: 1104879851

Fecha: 18-04-2014

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS

Yo MARÍA ELISA VICENTE MACAS, declaro ser autora de la tesis, titulada "INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN PACIENTES DE 50 A 65 AÑOS DE EDAD, EN ETAPA INICIAL DEL TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL PERIODO AGOSTO 2013- ENERO 2014", como requisito para optar al grado de PSICÓLOGA CLÍNICA, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la reproducción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el repositorio digital institucional.

Los usuarios podrán consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la universidad.

La universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realicen terceros.

Por la constancia de esta autorización, en la cuidad de Loja a los 18 días del mes de Marzo del 2014, firma el autor

Firma del Autor: .....

Autor: María Elisa Vicente Macas

Cedula: 1104879851

Dirección: San Cayetano Bajo Correo Electrónico: elisa19901@hotmail.es

Teléfono: 2611167 Celular: 09885274240

Datos Complementarios

Director de tesis: Psic. Cli. Fernando Sarmiento

Tribunal de tesis: Dra. Verónica Vélez

Mgs. Zhenia Muñoz

Psic. Cli. Inés Lozano

DEDICATORIA

Quiero dedicar mi tesis a mi familia, a mis padres Oswaldo y Narcisa por su apoyo incondicional y sabias enseñanzas supieron asegurar mis luchas diarias, a mis hermanos David, Susana, Anita y mi cuñado Jonathan a todos ellos por ser mi compañía protectora.

En forma especial a mis sobrinos Francisco, Bruno, Sebastián y Camila con su ternura y sus ocurrentes travesuras son fuente de inspiración y superación.
A José Luis, por su tiempo compartido y su generoso amor.

Y a mis queridos amigos por la lealtad, apoyo y por los inmemorables momentos compartidos.

María Elisa

AGRADECIMIENTO

A Dios por brindarme la vida, las fuerzas, el entendimiento para el progreso personal y espiritual.

Al asesor de tesis Psic. Cl. Luis Fernando Sarmiento, por la orientación, dedicación, e inagotable paciencia.

A cada uno de los integrantes de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Regional “Isidro Ayora” de la Ciudad de Loja, por la amable atención y confianza en mis conocimientos para ayudar a mejorar su estilo de vida.

I. **TÍTULO**

“INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN PACIENTES DE 50 A 65 AÑOS DE EDAD, EN ETAPA INICIAL DEL TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL PERIODO AGOSTO 2013 – ENERO 2014.”

II. RESUMEN

La Insuficiencia Renal Crónica puede ser definida como la situación en la que se produce un fracaso global de todas las funciones renales, obstaculizando las actividades vitales de regulación del medio interno. Teniendo como origen alteraciones en las funciones del riñón: depuradora, reguladora y las endocrino-metabólicas, produciéndose la retención de productos metabólicos tóxicos y alteración en el volumen, en la concentración de solutos y en el equilibrio ácido-base de los distintos compartimentos corporales, poniendo en peligro la vida del paciente, siendo indispensable que se establezca la sustitución de estas funciones.

Los pacientes que sufren esta enfermedad reciben como tratamiento básico la hemodiálisis, el cual es un procedimiento complejo que genera cambios emocionales y conductuales en el estilo de vida del individuo.

La presente investigación tuvo como objetivo realizar la intervención psicoterapéutica en los pacientes de 50 a 65 años de edad, se intervino a 27 pacientes en etapa inicial del tratamiento de Hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora de la Ciudad de Loja. Para el desarrollo del presente estudio investigativo, que tuvo una duración de 6 meses aproximadamente, se aplicó reactivos psicológicos (Inventario de depresión de Beck, Escala de Ansiedad de Halminton y Cuestionario Internacional Personality Disorder Examination - Cuestionario internacional de exanimación de desórdenes de la Personalidad IPDE MÓDULO DSM-IV) llegando a la conclusión que las psicopatologías de mayor prevalencia son: Depresión y Ansiedad, las mismas que se desencadenan por múltiples problemas y alteraciones a nivel individual, familiar, conflictos de pareja, social y económico.

Se formuló un plan terapéutico con enfoque integrativo, el objetivo principal es brindar atención psicológica a los pacientes con insuficiencia renal crónica mediante la disminución de los síntomas y de las alteraciones emocionales. El proceso terapéutico se lo realizó a través de tres estrategias: Investigación, planificación y aplicación de técnicas. Mediante esto se pudo obtener el diagnóstico clínico, señalamiento de objetivos y plan terapéutico con las distintas técnicas psicológicas a utilizarse.

PALABRAS CLAVES: Insuficiencia Renal Crónica, Intervención Psicoterapéutica, Depresión, Ansiedad.

ABSTRACT

The Chronic Renal Insufficiency can be defined as the situation where a global failure of all kidney function occurs, hindering vital regulatory activities of the internal environment. Taking as origin alterations in kidney function : purification, regulatory and endocrine-metabolic, resulting in the retention of toxic metabolic products and alteration in the volume, and solute concentration in the acid -base balance various body compartments, endangering the patient's life, being essential for the substitution of these functions is established.
Patients suffering from this disease received basic treatment as hemodialysis, which is a complex procedure that generates emotional and behavioral changes in the lifestyle of the individual.

The present study aimed to perform psychotherapeutic intervention for patients 50 to 65 years, 27 patients underwent initial treatment stage Hemodialysis Isidro Ayora Hospital Regional City Loja. Questionnaire international examination of IPDE personality disorders - For the development of this research study, which lasted 6 months esteem, psychological reagents (Beck Depression Inventory, Anxiety Scale Hamilton and International Personality Disorder Examination Questionnaire was applied MODULE DSM -IV) and concluded that the most prevalent psychopathology are: Depression and Anxiety, the same that are triggered by multiple problems and changes at the individual, family, marital conflict, social and economic.

Psychotherapeutic intervention plan was formulated with integrative approach; the main objective of this psychotherapeutic technique is to provide psychological care to patients with chronic renal failure by reducing symptoms and emotional disturbances. The therapeutic process we perform through three strategies: research, planning and implementation of techniques. By this it was

possible to obtain the clinical diagnosis, fix targets and therapeutic plan with the various psychological techniques used.

KEYWORDS: The Chronic Renal Insufficiency, Psychotherapeutic Intervention, Depression, Anxiety.

III. INTRODUCCIÓN

“Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. En el 2008, 36 millones de personas murieron por una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad”[1]

Una de estas enfermedades, es la insuficiencia renal crónica, se presenta indiferentemente en ambos géneros o regímenes de filiación de la población, sin existir un rango especifico de edad o sexo. Los síntomas se presentan en cualquier etapa de la vida y pueden ser adquiridas por herencia, en forma congénita y muchas veces son idiopáticas. Requieren de tratamientos complejos y resultan altamente demandantes de los recursos del individuo que la padece y de su familia, afectando de manera sustancial la calidad de vida de los pacientes.

‘’En el Ecuador, se registra que el 9% de la población sufre de algún tipo de enfermedad renal (glomerulonefritis, pielonefritis, nefroesclerosis, nefropatíadiabética y poliquistosis u otras enfermedades congénitas o hereditarias), con un crecimiento anual de la enfermedad del 19%, debido a la falta de estadísticas, no se puede recopilar mayor información referente a este tema.’’[2]

Actualmente es un problema de salud pública ya que constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en nuestro país y provincia

[1] Organización Mundial de la Salud. Temas de Salud. Enfermedades crónicas. 2008. P.1

[2] Tesis de grado “INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN SUS DIFERENTES ESTADIOS EN PACIENTES DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO EN EL PERIODO ENERO-DICIEMBRE 2010, ENERO- JUNIO 2011’’. P.44.

Por lo que es necesario realizar un estudio investigativo en las personas que se ven afectadas por esta enfermedad en la cuidad de Loja, para mejor su calidad de vida, la cual se ha visto afectada por el tratamiento sustitutivo. El proceso de la enfermedad produce alteraciones, trastornos emocionales y conductuales: depresión, ansiedad, estrés, conflictos dentro del núcleo familiar, problemas laborales, sociales y económicos.

Consciente de la problemática que viven las personas afectadas por estas enfermedades, se ha creído conveniente brindar una intervención psicoterapéutica a 27 pacientes en edades comprendidas de 50 a 65 años, en etapa inicial del tratamiento de Hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja en el periodo Agosto 2013 - Enero 2014. Mediante técnicas de psicoterapia como: Terapia de apoyo, Terapia cognitiva Conductual, Psicoterapia Racional Emotiva, Psicoeducación y Terapia Familiar.

La psicoterapia se aplica a las manifestaciones psíquicas o físicas del malestar humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física o psíquica, la integración de la identidad psicológica y el bienestar de las personas. Por ello la importancia de que reciban tratamiento psicoterapéutico los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.

Concluido el estudio se encontró que una cantidad significativa de investigados presentó sintomatología depresiva, ansiosa, problemas laborales, económicos, conflictos de pareja y familiares que se derivan del padecimiento de esta enfermedad crónica. Además se determinó que los principales factores que influyen en la falta de aceptación y afrontamiento de la enfermedad son: escaza información, creencias irracionales, redes de apoyo inadecuadas y actitud negativista.

Mediante este proceso psicoterapéutico en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, se consiguió cumplir con los objetivos propuestos en la presente investigación, disminuyendo la sintomatología de las alteraciones emocionales

investigadas, para lo cual se proporcionó a los pacientes alternativas de afrontamiento hacia la enfermedad que padecen, con la finalidad de mejorar su estilo de vida y la adherencia al tratamiento.

IV. REVISIÓN DE LITERATURA

CAPITULO I

ADULTO

1.1 ADULTO

1.1.1. DEFINICIÓN

En la mayoría de las culturas se considera como adulto a toda aquella persona que tiene más de 18 años, sin embargo es muy difícil determinar en forma precisa, cuando comienza y cuando concluye. Ya que depende de muchos factores tales como la salud, los hábitos de vida, el vigor físico, la alimentación, etc. En esta etapa el individuo normal alcanza la plenitud de su evolución biológica y psíquica, de su personalidad y su carácter.

El individuo adulto se distingue por el control que logra de su vida emocional, que le permite afrontar los problemas de la vida con mayor seguridad y serenidad que en las etapas anteriores. Se constituye como una unidad biopsicosocial en permanente desarrollo, eso es que lo distingue de otros seres vivos.

Esta etapa es un proceso de deterioro físico, donde se presentan cambios: morfológicos, psicológicos y bioquímicos en el organismo del individuo, las cuales lo conducen a varias alteraciones funcionales que finalmente lo llevan a la muerte.

1.1.2. CAMBIOS FÍSICOS Y PSICOLÓGICOS

"Cambios Físicos en el Adulto (50-65 años)

a) Declinación de las funciones sensoriales y perceptivas
b) El tiempo de reacción disminuye
c) Menopausia (momento que dejan de menstruar, pierden su fertilidad y reducción de estrógeno)

d) Andropausia (las capacidades sexuales, disminuyen con la edad al igual que otras funciones orgánicas, resultado de los bajos niveles de testosterona en el organismo)
e) Salud (el sistema Inmunológico se debilita)
f) Matrimonio y divorcio
g) Las paredes de las arterias se reducen y se reducen su elasticidad
h) Crisis Jubilar
i) Mortalidad: cáncer, diabetes, accidentes cerebros vasculares
j) Nido Vacío"[3]

Cambios Psicológicos en el Adulto (50-65 años)

a) **"**Disminución de las funciones cognitivas (Percepción, memoria)
b) Aceptación y adaptación de cambios biológicos, limitaciones físicas
c) Variaciones afectivas
d) Duelos
e) Limitaciones y restricciones en su capacidad de autonomía.
f) Perdidas de las relaciones afectivas
g) Adaptación a la soledad y a la muerte
h) Aparecimiento de una o más enfermedades que amenazan su vida"[4]

1.2. PERSONALIDAD DEL ADULTO

Conjunto de características o rasgos psicológicos que distinguen a un individuo de cualquier otro haciéndolo diferente a los demás.

"Para Jung la personalidad es un proceso de individuación, en donde el individuo se va constituyendo en un adulto completo y único a través de

[3] GARCIA E. ADULTO JOVEN, ADULTEZ INTERMEDIA Y VEJEZ, 2004, Pp. 24-28.
[4] CAVALLAZI L.CAMBIOS PSICOLOGICOS DEL ENVEJECIMIENTO, 2003, Pp.3,5,11

las diversas partes negativas y positivas que lo integran y que el acepta en toda su diversidad.

Una imagen positiva se asocia a una relación donde predominan la compresión, el respeto y la hospitalidad. Cuidan su apariencia, muestran cualidades propias de la juventud como energía, entusiasmo vitalidad, gusto por la novedad y adaptación al cambio.

Una imagen negativa se basa en estereotipos de que la persona mayor se aísla, sin medios económicos, mala condición de salud, suelen tener mal carácter y quejas continuas.

Según la teoría de los Ocho Estadios de Erickson en el desarrollo del Ego, las personas ancianas alcanzan un estado de madurez en el que es posible la interacción en la reconciliación y satisfacción con su vida pasada o la desesperación y el disgusto por los fallos cometidos. La expresión "Logro de la integridad" significa que precisamente en la etapa de la vejez es cuando el ser humano completa su devenir; es la edad en que se completamente el mismo".[5]

1.3. CARACTERISTICAS DEL ADULTO

1. ''La aceptación de responsabilidades: El rasgo más notable de la personalidad del adulto y que le sirve de característica principal es su capacidad y sentido de responsabilidad frente a los hechos de la vida. El adulto es aquel que sabe que es responsable de sus actos y que además desea serlo. Adulto es quien responde de sus actos y de sus palabras.

2. El predominio de la razón: El predominio de la razón sobre los sentimientos es otra de las cualidades propias del adulto y que lo

[5] ESPINOZA M. PERSONALIDAD DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR. Dirección de Educación Continua y Vinculación. Universidad Iberoamericana de Puebla, México, PP6-10, 23-25, 32.

distinguen de los niños, los adolescentes y hasta de los ancianos. El adulto es capaz de ver con objetividad el mundo y los acontecimientos de la vida. Por ello recurre a componendas, según las circunstancias, evitando así tanto la versatilidad como la terquedad, defectos muy propios de niños y ancianos, tendiendo más bien a ser pragmático.

3. El equilibrio de la personalidad: El adulto, a fin de lograr su madurez, debe liberarse de la dependencia infantil de su padre y de su madre, y lograr la imagen y la vivencia de su propia paternidad en el mundo. El peligro que lo acosa es la costumbre o el hábito, pues puede conformarse demasiado fácilmente con un determinado estilo de vida y dejar de esforzarse por su propia superación, con lo cual puede caer en un cómodo conformismo. ''[6]

1.4. ALTERACION PATOLÓGICA

El proceso de la vejez pueden haber la presencia de factores exógenos como endógenos, múltiples circunstancias e interacciones con el medio ambiental y social, que determinan el balance general del proceso de degradación de la salud, dando como resultado efectos negativos en las alteración estructural o funcional de un órgano a cualquier nivel.

Las enfermedades Cardiovasculares, Diabetes Mellitus y la Insuficiencia Renal son los padecimientos más frecuentes y considerados como las más letales que afecta a las personas mayores de 40 años.

[6] Introducción al Mundo Adulto. Artículo, P.3

En 2004, 7,2 millones de personas murieron de enfermedad coronaria y 5,7 millones de ataque apoplético u otra forma de enfermedad cerebrovascular.

1.5. ALTERACION PSICOPATOLÓGICA

La adquisición de una enfermedad manifiesta una situación de estrés y amenaza contra el bienestar del individuo y el estilo de vida. El malestar incluye no solo las propias dolencias somáticas sino se presentan las secuelas psicológicas.

El paciente que padece una enfermedad crónica, suele sufrir cambios psicológicos, sociales y económicos ya que no sólo le afectan a él, sino a toda su familia.

Algunas personas aceptan la enfermedad y el tratamiento para el resto de sus vidas. Otros en cambio, pueden tener problemas para ajustarse a la crisis y durante el curso de la enfermedad, habitualmente afloran sentimientos de culpa, negación, rabia, depresión, ansiedad, frustración que son difícilmente comprendidos y aceptados.

1.5.1. DEPRESIÓN

"Es una alteración del estado de ánimo cuya persistencia puede ser variable y que está asociada a diversos agentes etiopatogénicos, factores predisponentes, desencadenantes y agravantes"[7]

Según la OMS la depresión es una alteración del estado de ánimo, se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer,

[7] HEREDIA J Y PINTO B. DEPRESIÓN EN DIABETICOS: ENFOQUE SISTÉMICO. Vol. 1 UNIVERSIDAD BOLIVARIA "SAN PABLO", Venezuela, 2008. P.22-24.

sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

La persistencia de la depresión puede ser variable, por lo que dificulta el desempeño en el trabajo, rendimiento escolar y la capacidad para afrontar la vida diaria del individuo. Así mismo se pueden presentar otras alteraciones en el apetito por lo cual se puede observar una pérdida de peso importante aunque en algunos casos también se puede observar una ganancia del mismo. Se puede observar enlentecimiento psicomotor ya que está vinculado a la falta de energía, manifestándose en la capacidad de expresión de la persona deprimida, ya que existe la presencia de pobreza de ideas o respuestas con una lentitud en sus verbalizaciones. También se pueden manifestar alteraciones en el ciclo del sueño; produciendo dificultad para conciliar o mantener el sueño o despertares bruscos. En menor frecuencia se presenta la hipersomnia donde la persona muestra episodios de sueño prolongado nocturno o aumento de sueño diurno.

1.5.1.1. SÍNTOMAS

‘’Síntomas Afectivos: Estado de ánimo deprimido, así mismo la presencia de tristeza y un duelo excesivo y prolongado. Los sentimientos de minusvalía y culpa son comunes.

Síntomas Cognitivos: Pensamientos o ideas de inutilidad, vacío o desesperanza son referentes a la minusvalía y a la muerte. Otros síntomas incluyen la dificultad para concentrarse y tomar decisiones. La enfermedad se refleja en el pensamiento defectuoso, mantener creencias irracionales e injustificadas.

Síntomas Conductuales: Se caracterizan por el retraimiento social y productividad laboral deficiente. La anhedonia síntoma conductual dominante de la depresión, evidenciándose poca motivación, falta de preocupación por la limpieza personal, nivel de energía asociado a un retardo o agitación psicomotriz.

Síntomas Fisiológicos:

i. Cambios en el apetito y el peso: Pueden experimentar aumento o disminución de la ingesta alimentaria o cambios en el peso.
ii. Estreñimiento: La persona no tiene movimiento intestinal por mucho tiempo.
iii. Perturbación del sueño: Dificultad para conciliar el sueño, levantarse muy temprano, caminar erráticamente durante la noche, insomnio y pesadillas. Sin embargo otras presentan se muestran hipersomnia o sueño excesivo.
iv. Interrupción del ciclo menstrual en la mujer, o alteraciones flujo menstrual."[8]

1.5.1.2. CONSECUENCIAS

Se comprometen el bienestar físico, psicológico y social.

La salud y el bienestar físico, se evidencia que las situaciones como la tristeza, la ira, frustración, el enfado y la desesperanza, son algunas de las emociones que se componen de un factor fisiológico y cognoscitivo que inducen a reacciones moleculares específicas, que se traducen en

[8]SUE D, WING D y SUE S. PSICOPATOLOGIA COMPRENDIENDO LA CONDUCTA ANORMAL. 9na Edc México 2011. P.P 304-306.

reacciones fisiológicas, con la presencia de estrés y de sintomatología depresiva, puede reducirse a la producción de citoquinas que son los elementos importantes en la estimulación de las células y que ayudan a incrementar la susceptibilidad de desarrollar una enfermedad infecciosa o su progresión.

A nivel psicológico, padecer una enfermedad crónica tiene un impacto sobre la condición y calidad de vida, ha adquirido sentimientos de minusvalía, culpa y negación. Pensamientos de tonalidad negativa en las áreas de la vida lo que conlleva a presentar ideas de suicidio o muerte, incrementando las complicaciones médicas presentando poca adherencia al tratamiento.

En lo correspondiente a lo social las personas que se someten a diálisis, tratamiento complejo y demandante presencian un progresivo aislamiento social, alteración en los lazos comunicativos con las personas conocidas o amigos, dificultad laboral ya que presenta un agotamiento que se verá reflejado en la falta de interés hacia sí mismos, o incluso la apatía en la productividad por lo que abandona las actividades habituales. Las fuertes reacciones emocionales que sufren provocan tensiones que desencadenan en conflictos de pareja o familiares.

1.5.1.3 FISIOPATOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN

En la depresión se consideran tres tipos de factores etiopatogénicos: genéticos, biológicos y sociales.

a) FACTORES BIOLÓGICOS

<u>Predisposición Genética</u>: En la actualidad hay una evidencia aplastante de que los trastornos del estado de ánimo tienen

componentes genéticos significativos cuya expresión fenotípica es muy dependiente de los factores ambientales (Leonardo y Hen, 2006).

Diferencias de la estructura cerebral: "En la depresión, se han informado con frecuencia acerca de las anormalidades en la activación de las regiones prefrontales. Informes recientes han documentado la reducción en la activación de estas áreas cerebrales en los pacientes que tienen un Trastorno Depresivo Mayor. La reducción de la activación parece ser al menos en parte una función de una reducción o encogimiento de la materia gris en el cerebro, y esto fue revelado por las medidas derivadas de la imagen por resonancia magnética (Leonardo y Hen, 2006). También que sea producto de anormalidades en distintos partes de los circuitos en el cerebro". [9]

Niveles Anormales de Cortisol: Los investigadores creen que el funcionamiento de la estructura cerebral particularmente en el área del hipocampo puede estar afectada. Sin embargo, si el cortisol influye en la depresión o si es producido por la depresión o algún otro factor sigue siendo poco claro, en especial debido a que algunos estudios no muestran niveles mayores de cortisol entre las personas deprimidas (Cowen,2002).

b) FACTORES PSICOSOCIALES

Estrés y depresión: En estudios con autoinformes acerca del estrés diario y los estados de ánimo deprimidos, los factores estresantes

[9] SUE D, WING D y SUE S. PSICOPATOLOGIA COMPRENDIENDO LA CONDUCTA ANORMAL. 9na Edc México 2011. P. 312.

como la dependencia y los problemas emocionales, se presentan justo antes de la aparición de los síntomas depresivos. Otros estudios han demostrado que el estrés psicológico severo como la muerte de una persona amada, una condición médica, que amenaza la vida o la frustración de las metas principales de la existencia, a menudo pueden proceden el inicio de una Depresión Mayor. (Brown y Harris, 1989; Lewinsohn, Hoberman y Rosenbaum, 1988; Mazure, 1998; Paykel. 1982).

La etiología de la enfermedad muestra la intervención de múltiples factores psicosociales, ciertas influencias hereditarias y ambientales. Al ser una patología compleja se deberá basarse en la compresión de su etiología, integrando tratamiento farmacológico e intervenciones psicoterapéuticas

1.5.1.4. **CLASIFICACION INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES (CIE 10)**

La depresión se divide en: leve, moderado y grave con o sin síntomas psicóticos. El individuo sufre un estado de ánimo bajo, reducida la capacidad de interesarse y disfrutar las cosas. El sueño suele estar alterado, y el apetito disminuido. La disminución de las actividades afecta las diferentes áreas personal, social, familiar y laboral del ser humano.

a) Episodio Depresivo Leve

“Deben durar al menos dos semanas y ningún de los síntomas deben estar en grado intenso. Tienen facultad para llevar a cabo su actividad laboral o social, aunque es probable que no las deje por completo. Se deben presentar al menos dos de los tres deben estar presentes para dar un diagnóstico definitivo.

- Animo depresivo
- Perdida del interés y capacidad para disfrutar
- Aumento de la fatiga

b) Episodio Depresivo Moderado

Deben presentarse al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para el episodio depresivo leve, deben durar alrededor de dos semanas. Así como al menos tres o cuatro de los demás síntomas:

- Disminución de la atención y concentración
- Pérdida de confianza en si mismo y sentimiento de inferioridad
- Ideas de culpa y de ser inútil
- Perspectiva sobria del futuro
- Alteración del sueño
- Cambio del apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso

El sujeto suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral y doméstica.

c) Episodio Depresivo Grave sin síntomas Psicóticos

El enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación. El riesgo de suicidio es importante en los casos de particularmente grave. El paciente debe presentar por lo menos cuatro de los demás síntomas; todos ellos en intensa gravedad.

Debe durar al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede hacer el diagnostico con una duración menor a dos semanas.

No es probable que el sujeto sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o domestica más allá de un grado muy limitado.

d) Episodio Depresivo Grave con síntomas Psicóticos

Se trata de un episodio depresivo grave en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de rutina, de catástrofe inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias que suelen ser en formas de voces difamatorias o acusatorias u olores desagradables. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo. ''[10]

1.5.2. ANSIEDAD

"Se define en dos planos:

EN EL PLANO CLINICO Y SOMATICO

En el plano clínico: el sujeto se encuentra nervioso, inquieto, con un sentimiento penoso de malestar moral que anuncia la fragilidad de un yo que se siente amenazado. Todo le preocupa y progresivamente esta situación va afectando más su rendimiento profesional, lo que le hace sentir incapaz. Los ruidos le sobresaltan, el futuro les agobia y poco a poco entra a una restricción de su relación social. Viven en un estado de constante tensión diurna por la noche se manifiesta dificultad de dormir y pesadillas, que son la expresión del mundo conflictivo y agobiante del

[10] CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO. "THE ICD-10 CLASSIFICATION OF MENTAL AND BEHAVIOURAL DISORDERS: DIAGNOSTIC CRITERIA FOR RESEARCH", 2004, Editorial MedicaPanamericana S.A. P.P. 153-161.

angustiado. Frecuentemente de mal humor e irritable, puede sentirse en momentos desconsolado por su situación y llorar. Sin embargo, a diferencia del depresivo que llora por desesperanza y tristeza, el llanto del angustiado es de impotencia y sobre carga tensional. Lo que hace que se sienta más tranquilo y relajado después de la eclosión emotiva. Lo que no recurre al depresivo. Es frecuente que amenace contra su integridad y la pérdida de control sobre sí mismo, se manifiesta por medio de una grave enfermedad somática o al padecer una enfermedad mental.

En el plano somático: la sintomatología somática es amplia, pero de alguna forma consecuencia de la desregulación neurovegetativa y neuroendócrina presentes en estos enfermos causa una elevada hiperactivación, palpitación, taquicardia, astenia, disnea, mareos, opresión torácica, algias difusas, inestabilidad, cefaleas, parestesias o temblores, sudación, hipertensión o hipotensión, anorexia o bulimia. Sequedad en la boca, nauseas, vómitos, estreñimientos, o diarrea, poliuria, distermias, hipertonía muscular, trastornos de la función sexual, etc., constituyen el espectro sintomático más frecuente de estos enfermos" [11]

1.5.2.1. FISIOLOGÍA DE LA ANSIEDAD

Estructura Cerebral: La amígdala, cuando se presentan una amenaza, alerta a otras estructuras cerebrales como el hipocampo y la corteza prefrontal, disparando una respuesta de miedo o ansiedad. Existen dos vías: una va directamente desde el estímulo sensorial temido a la amígdala en tan solo milésimas de segundos. La más

[11] VALLEJO J. INTRODUCCION A LA PSICOPATOLOGIA Y LA PSIQUITRIA. 5ta Edc. Editorial Manson, 2002. P.P 359-360

lenta, la segunda viaja primero desde la corteza prefrontal que evalúa el estímulo y puede llevar acabo la respuesta inicial del miedo.

Influencias Genéticas: Los genes parecen contribuir a los trastornos de ansiedad. Actualmente, los investigadores tratan de identificar específicamente de qué modo los genes ejercen su influencia. Un neurotrasmisor especifico, la serotonina interviene en esta enfermedad. Por lo siguiente, un gen trasportador de serotonina (5-HTTLPR) ha sido foco de atención, los alelos del gen influyen en la expresión de una característica dada, pueden ser largos o cortos. Es decir que los individuos con el alelo corto de este gen muestran más reactividad de la amígdala cuando se exponen en un estímulo amenazante en comparación con las personas con el alelo largo. Aunque ellos con el alelo cortó también mostraron diferencias en la estructura cerebral en las áreas que afectan el estado de ánimo y las emociones. Hariri, Mattay, et al., 2005. Aunque estas investigaciones es promisora, es probable que muchos genes e interacciones entre ellos contribuyan a la ansiedad.

1.5.2.2. CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LA ENFERMEDAD (CIE10)

a. Trastorno de pánico (Ansiedad paroxica episodica)

”Su característica esencial es la presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave (pánico) no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares son por lo tanto impredecibles como en otros trastornos de ansiedad, los síntomas predominantes varían de un caso u otro, pero es frecuente la aparición repentina de palpitaciones, dolor precordial, sensación de asfixia, mareo o vértigo y sensación de irrealidad

(despersonalización o desrealización). Casi constantemente hay un temor secundario a morir, a perder el control o a enloquecer. Cada crisis suele durar solo unos minutos, pero también puede percibir más tiempo. Un ataque de pánico a menudo se sigue de un miedo persistente a tener otro ataque de pánico.

b. Trastorno mixto ansioso-depresivo

Esta categoría debe utilizarse cuando están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de los predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado. Una ansiedad grave, acompañada de depresión de intensidad más leve hace que deba utilizarse cualquiera de las categorías de trastorno de ansiedad o de ansiedad fóbica. Cuando ambas series de síntomas, depresivos y ansiosos, están presentes y sean tan graves como para justificar un diagnostico individual deben recogerse ambos trastornos y debería usarse esta categoría. Algunos síntomas vegetativos (temblor palpitaciones, sequedad de boca, molestias epigástricas, etc.) no deben estar presentes aunque solo sea de un modo intermitente. No debe utilizarse esta categoría si solo aparecen preocupaciones respecto a los síntomas vegetativos.

c. Ansiedad Generalizada

Característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, los síntomas más frecuente son los síntomas predominantes son muy variables, pero los más frecuentes son sentirse constantemente nervioso, con temblores,

tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos, y molestias epigástricas. Cuando estos síntomas ocurren durante al menos seis meses e impiden que la persona funcione de modo normal en su vida diaria (laboral, social y familiar), Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionada con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuoso y crónico. ‘’[12]

1.5.3. ESTRES Y AFRONTAMIENTO

El estrés es una reacción fisiológica y psicológica del organismo a las demandas hechas sobre él, cuando este se enfrenta de forma brusca a un agente nocivo de cualquier naturaleza.

Los efectos más frecuentes de los agentes estresores en el cuerpo son la tensión y agitación, predisponiendo para huir de una amenaza o afrontarla y así mantenerse seguros.

Actualmente se considera que el estrés o más bien la manera como la gente lo maneja está llegando a considerarse cada día más como factor de agravación de enfermedades tales como la hipertensión, del corazón, el ataque y las úlceras.

Los síntomas más frecuentes son:

a) Aumento de la frecuencia cardiaca y presión arterial
b) Los músculos se contraen
c) Respiración entrecortada
d) El cuerpo libera unas hormonas que actúan aumentando la glucosa en su sangre.

[12] CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO. “THE ICD-10 CLASSIFICATION OF MENTAL AND BEHAVIOURAL DISORDERS: DIAGNOSTIC CRITERIA FOR RESEARCH”, 2004, Editorial MedicaPanamericana S.A. P.P. 175-178.

1.5.4. ESTRÉS REACCIÓN ANTE LA AMENAZA Y EL DESAFIO

La vida está llena de circunstancias y sucesos, conocidos como estímulos estresantes en las que percibimos como amenazas a nuestro bienestar.

A pesar de que la adaptación suele ser mínima y se produce sin darnos cuenta, cuando el estrés es más severo o se prolonga por más tiempo, la adaptación requiere un esfuerzo mayor y es posible que origine respuestas fisiológicas y psicológicas que provoquen problemas de salud.

La enfermedad no sólo supone una amenaza a la integridad física del enfermo, sino que también constituye una amenaza a su salud psíquica y a la de su grupo familiar. De modo que algunos autores afirman que la salud mental de una persona puede contemplarse en función de múltiples factores, entre los que destaca la forma en que se han resuelto las crisis en el pasado.

1.5.5. AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS

El estrés es una parte normal de la vida, el exceso de estrés puede causar daños tanto en la salud física y psicológica.

Los esfuerzos por controlar, reducir o aprender a tolerar las amenazas que conducen el estrés reciben el nombre de afrontamiento. Un medio para enfrentar el estrés que ocurren en un nivel inconsciente es el empleo de mecanismos de defensa; que son reacciones que conservan el sentido de control y valía de una persona mediante la distorsión o negación de la naturaleza real de la situación.

Otro mecanismo de defensa útil para enfrentar el estrés es el aislamiento emocional, mediante el cual se deja de experimentar emociones por

completo. Así no le afectan ni le conmueven las experiencias positivas ni las negativas. El problema de este mecanismo es que no se enfrentan a la realidad, solo ocultan el problema.

‘’De manera específica, las estrategias de afrontamiento se clasifican en dos categorías:

Afrontamiento centrado en las emociones: se caracteriza por la regulación consiente de las emociones de las personas que buscan cambiar la forma en que se sienten o perciben el problema.

Afrontamiento centrado en el problema: se intenta cambiar el problema estresante o la fuente de estrés. Las estrategias centradas en el problema conducen a cambios en el comportamiento o a la elaboración de un plan de acción para enfrentar el estrés. ’’[13]

1.5.6. CONFLICTO FAMILIAR Y DE PAREJA

La enfermedad produce un impacto emocional, tanto en el miembro del grupo que enferma, como en su entorno familiar, produciéndose una interrupción del ciclo vital individual y familiar. La enfermedad impone una serie de tareas y un desgaste emocional propio que conlleva a la familia a tratar de adaptarse a la nueva situación sea ésta de pérdida de capacidades de uno de sus miembros o incluso la muerte del mismo.

Los miembros de la familia pueden sentir frustración, rabia y desamparo porque no pueden hacer nada para recuperar la salud de su familiar. En ocasiones se hace presente el miedo al sufrimiento que pueda provocar

[13] GALLAR M. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y APOYO PSICOLÓGICO AL PACIENTE. 2da Edc.Editorial COPYRIGHT 2001, España. PP. 103-104.

la enfermedad y la muerte eventual de quién la está padeciendo. Otras veces se siente culpa por no haber dado mayor importancia a la enfermedad y haber despreocupado la atención en las etapas de diagnóstico y/o inicio del tratamiento.

Se puede atravesar por un período de confusión y de tensión en la medida en que cada miembro de la familia intenta enfrentar las demandas y exigencias propias de la enfermedad, las expectativas de la respuesta al tratamiento y la alteración de la vida familiar.

Con el paso del tiempo puede haber muchos cambios en el modo de vida de la pareja, surgiendo situaciones que pueden propiciar la aparición de discrepancias en la toma de decisiones, frecuentes disputas sobre cómo debe cuidarse la persona enferma, ya que a menudo existe una sobreprotección hacia el enfermo. También a veces aparecen discrepancias a la hora de redistribuir las tareas domésticas de las que se tiene que ocupar cada uno siendo aquí frecuentes los pensamientos negativos sobre sí mismo que tiene la persona enferma como consecuencia de su enfermedad. Estas discrepancias generan a veces discusiones que son fuente de intercambio de estimulación aversiva que incidirá de forma negativa en la relación.

Pero es vital importancia en el apoyo afectivo-emocional a la persona que está padeciendo la enfermedad, en especial del conyugue que lo acompaña.

1.5.7. ESFERA SEXUAL

Cuando ocurre una enfermedad crónica, puede afectarse la sexualidad de la persona en distintos grados, esto, en algunos casos producidos por la propia condición, que puede llevar restricciones temporales en la actividad sexual, pero en muchas ocasiones, sin embargo, esto puede

ser debido a problemas psicológicos (perdida de deseos, miedos, baja autoestima..). A esto se unen las posibles alteraciones del humor que pueda padecer el enfermo y que perjudican su relación con las personas de su entorno y, subsidiariamente puedan afectar a sus relaciones sexuales.

Durante la relación sexual acontecen una serie de procesos físicos, destacando la erección del hombre y la lubricación de la mujer, tumefacción vaginal en la mujer, acompañados de elementos subjetivos en la excitación sexual Pero también se producen reacciones en un ámbito general orgánico, como aumento de la presión arterial y de las frecuencias cardiacas y respiratoria, vasodilatación cutánea, etc.

En la fase final del orgasmo aparecen sensaciones y contracciones musculares incontroladas e involuntarias, Por esto, durante la relación participan tanto procesos corporales como psicológicos, y siempre de dos personas. Este ámbito, pueden aparecer problemas sexuales relacionados con el físico y lo psicológico en relación con la aceptación de la enfermedad crónica. Estas dificultades deben ser abarcadas entre las dos personas, buscando información, teniendo conocimiento las posibles problemas que enfrentan con un dialogo abierto, sincero y responsable.

1.5.8. ESFERA PSICOSOCIAL

El individuo es ante todo un ser social, con fuertes necesidades no sólo físicas y biológicas, sino también psicológicas y sociales. Las relaciones interhumanas y los procesos de interacción son básicos tanto para el origen y desarrollo de la enfermedad, como para su tratamiento, así como para su prevención

El padecimiento de una enfermedad crónica produce una modificación en el organismo y un cambio en la calidad de vida. Los ingresos hospitalarios repetidos o el malestar frecuente hacen que se vaya produciendo un distanciamiento de las amistades que tenían, con la importancia que puede tener para estas personas el perder estos reforzadores, pues acaban circunscribiéndose a la familia muchos de ellos casi de forma exclusiva, pues debido a la disminución de relaciones interpersonales y de actividades reforzantes fuera del domicilio, la fuente de reforzamiento queda constituida casi exclusivamente por la familia y el personal de la sala de Hemodiálisis.

La familia, como hemos visto, constituye la base del sistema de apoyo natural del individuo. Sin embargo, son importantes otros sistemas de apoyo que puede tener el paciente como las amistades y organizaciones de autoayuda, las que disponen de una serie de recursos que fortalezcan esta área del enfermo crónico.

CAPITULO II
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

2.1 ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

2.1.1. CONCEPTO

La Insuficiencia Renal Crónica es aquella situación patológica en la que se produce un fracaso global de todas las funciones renales obstaculizando las funciones vitales de regulación del medio interno. Alterándose por tanto la función depuradora, la función reguladora y las funciones endocrino-metabólicas del riñón.

La pérdida de las funciones depuradora y reguladora origina retención de productos metabólicos tóxicos y alteración en el volumen, en la concentración de solutos y en el equilibrio ácido-base de los distintos compartimentos corporales, poniendo en peligro la vida del paciente hasta acabar con ella, a menos que se establezca una sustitución de estas funciones.

2.1.2. FASES

‘’Rolland destaca tres fases diferenciadas en esta enfermedad: Fase de crisis, fase crónica y fase terminal.

Fase de crisis

En la primera etapa o etapa crítica, se produce el primer contacto con la enfermedad renal y los sistemas sanitarios generales y de Nefrología. Se solicita y/o se recibe la información sobre el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad, se activan las respuestas de emergencia tanto en el ámbito individual como familiar.

Se produce un primer momento de desorganización extrema (confusión, ambivalencia, sentimientos de soledad, angustia) que conducirá a alguna forma de reorganización negativa o positiva para el enfermo y su familia.

Una perspectiva cognitiva de la crisis desencadenada por la enfermedad, sugiere cómo el enfermo percibe la crisis, en especial cómo el proceso repercute en la estructura de la existencia personal y hace que la situación sea critica para él y para su modo de enfocar la vida y las dificultades.

Etapa crónica

Debe realizarse una evolución física minuciosa. Son útiles estudios de imagen o pruebas de laboratorio para verificar el estado de la enfermedad. El control de la presión arterial es importante para limitar los daños los riñones así como la protección contra ataques cardiacos y eventos vasculares. Es importante el control de los niveles de azúcar en los individuos con diabetes. El objetivo es prolongar y mantener la calidad de vida con una oferta individual de tratamiento. La diálisis y sus variantes; peritoneal y el trasplante renal son las alternativas genéricas que debe elegir el paciente de acuerdo a su cuadro.

Se produce una reorganización de los roles familiares, las funciones que venía desempeñando el enfermo se redistribuyen en el resto de los miembros del sistema familiar. También se produce la designación/aceptación del rol de cuidador principal y todo el esfuerzo del grupo, se centra en mantener la enfermedad en su lugar, tratando de activar los mecanismos individuales y familiares de control y

afrontamiento de la enfermedad. Es una etapa en la que la familia y el enfermo reciben apoyos provenientes del exterior, de la red social, en forma de información, ayuda material, emocional, etc.

En el ámbito individual, del sujeto que enferma, la enfermedad física y la lesión son sucesos que interactúan con los recursos de enfrentamiento del individuo, estructura de vida, autoimagen y la percepción del futuro. Estos sucesos pueden ser enfocados como desafío, amenaza o pérdida.

Etapa terminal

La función renal es inferior al 5% de lo normal. En esta etapa, el paciente suele tener manifestaciones múltiples de diversos órganos y sistemas. El paciente requiere obligatoriamente ser sometido con urgencia a tratamiento dialítico de soporte (hemodiálisis regular tres veces por semana o diálisis peritoneal crónica de 4 o 5 cambios diarios), o trasplante renal si las condiciones del paciente lo permiten.

Es la tercera etapa en la que la familia se centra fundamentalmente en el apoyo emocional y físico al miembro enfermo, estableciendo mecanismos de duelo anticipado. Se produce una recapitulación, se finalizan los asuntos pendientes y la familia activa procesos que posibiliten y garanticen su continuidad.

Las reacciones emocionales de los familiares de una persona que muere repentinamente, atraviesa por distintas etapas. La primera es la respuesta de negación de sentimientos y la separación emocional de la realidad de la muerte. Se trata de un mecanismo de negación normal,

adaptativo que permite ir aceptando la realidad de modo gradual y progresivo. En la segunda etapa sobresalen los sentimientos de pérdida de un ser querido presuponen un periodo de desorganización y aparecen sentimientos de tristeza y también de cólera, perturbación de las rutinas y sentimiento general de incapacidad para funcionar en general. La tercera etapa se caracteriza por la aceptación gradual de la pérdida y la ruptura progresiva de los vínculos con el muerto, que permite la organización de la vida familiar e individual prescindiendo de esa persona.

El proceso de duelo se ve modelado por los factores culturales y sociales subyacentes y por las variables individuales y familiares. El duelo tiene un mayor potencial para tomar proporciones de crisis cuando la muerte es intempestiva por lo prematura, inesperada o trágica. ''[14]

2.1.3. SÍNTOMAS: AGUDOS – CRÓNICOS

> ''Los síntomas de un deterioro de la función renal son inespecíficos y pueden incluir una sensación de malestar general y una reducción del apetito. Los primeros síntomas no suelen aparecer hasta que se ha perdido aproximadamente el 50% de la función renal.
>
> Mediante una exploración en el estado físico del individuo aparece una elevada presión arterial, alta concentración de sodio, potasio, urea en la orina y niveles elevados de creatinina en la sangre.
>
> Cuando la función renal está por debajo del 30% se controla el desarrollo de la enfermedad con una dieta baja en proteínas y se

[14] PEREZ V. ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA. [En línea] http://www.revistaseden.org/files/art624_1.pd.

controlan los síntomas urémicos con fármacos, pero cuando la función decrece hasta el 10% es necesario el tratamiento dialítico.

2.1.4. FACTORES DE RIESGOS

Dentro de los factores de riesgo directos que llevan a la Insuficiencia Renal Crónica encontramos la Diabetes Mellitus tipo II, la Hipertensión Arterial (HTA). Los factores de riesgo indirectos asociados al desarrollo de esta enfermedad podemos citar las dislipidemias, el sedentarismo, herencia, consumo de nicotina, el sobrepeso u obesidad. El consumo permanente de analgésicos también se ha asociado como un factor de riesgo directo.

Aunque estos sean los factores de riesgo y las causas más comunes de la dolencia, en la mayoría de los casos se desconoce la causa que provocó que el paciente llegase a padecer la enfermedad. ‘’[15]

2.1.5. TRATAMIENTOS SUSTITUTIVOS DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

a) HEMODIÁLISIS

“La hemodiálisis es un procedimiento que permite retirar parcialmente del cuerpo el agua y los desechos que se acumulan debido a la enfermedad renal. Con un filtro especial que limpia la sangre (dializador). La sangre viaja desde la fístula arterio-venosa,

[15] EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA, ESTADO DE ÁNIMO, ESTRÉS Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CONINSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA. [En línea] http:/www.roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/27377/Evaluacion%20neuropsicologica,%20estado%20de%20animo,%20estres%20y%20calidad%20de%20vida%20en%20pacientes%20de%20insuficiencia%20renal%20cronica.pdf?sequence=1.

por unas tuberías o líneas sanguíneas hasta el dializador, donde se limpia y vuelve al cuerpo. El filtrado se realiza conectando al enfermo a una maquina dentro en un centro de diálisis, tres veces a la semana durante 3 a 5 horas por sesión.

b) DIÁLISIS PERITONEAL

Es un procedimiento que permite retirar del cuerpo el agua y los desechos que se acumulan debido a la enfermedad renal, empleando el peritoneo como membrana de limpieza.

A diferencia de la hemodiálisis, aquí el proceso se realiza dentro del cuerpo usando la membrana peritoneal, que se encuentra dentro de la cavidad abdominal. Para realizar la diálisis peritoneal se inserta por medio de un procedimiento quirúrgico simple un catéter en el abdomen, el que queda fijo a la pared abdominal.

Por el catéter se pasa un líquido (solución dializante) hacia la cavidad abdominal. Los productos de desecho y el agua pasan desde la sangre hacia la solución dializante, a través de la membrana peritoneal.

La solución dializante cargada de desechos, es sacada de la cavidad abdominal y reemplazada por solución fresca, normalmente cuatro veces al día.

Los cambios de solución dializante los realiza el mismo paciente en su hogar o en el trabajo. Para esto se requiere un período de instrucción previo.

c) EL TRASPLANTE RENAL

Es el implante de un riñón sano donado por otra persona proveniente de la familia (donante vivo) o de una persona en

muerte encefálica (donante cadáver), para reemplazar las funciones de los riñones dañados. No todos pueden ser receptores, existen contradicciones absolutas y relativas para un trasplante renal.

El riñón donado es trasplantado al individuo con insuficiencia renal mediante una operación quirúrgica. Para hacer esto, generalmente, no es necesario retirar los riñones enfermos.
El riñón donado se instala en la parte anterior y baja del abdomen, más abajo de los riñones enfermos. ''[16]

2.2. REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS DEL ENFERMAR

La adquisición de una enfermedad se antepone a una situación de estrés y a una amenaza contra el bienestar del individuo. Contra su vida normal. El malestar incluye no solo las propias dolencias somáticas sino también el bienestar psicológico.
Todo esto crea ansiedad, es decir una alteración emocional secundaria a los temores e incertidumbre que sugiere el desarrollo de la enfermedad.
Pero también existe la posibilidad de que el temor no solo sea por el hecho mismo de padecer la enfermedad, sino que en caso de muerte e invalidez, sus seres queridos se encuentren en una situación muy comprometida (económica y social), incrementando más aun su nivel de ansiedad.

[16] CURSO EXPERTO UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA NEFROLÓGICA. [En línea] http://www.carloshaya.net/denfermeria/media/nefro/Libro2.pdf

El estatus de la enfermedad obliga a una dependencia de los demás en sentido material y emocional, ya que su superación suele requerir su ayuda externa.

El dolor es una sensación que condiciona la respuesta psicológica ante la enfermedad, intensa y desagradable que experimentamos cuando la padecemos. La soledad y el temor a la muerte son probablemente las dos emociones más intensas que suscita la enfermedad.

2.3. FASES PSICOLÓGICAS DEL PROCESO DE ENFERMAR

1° ETAPA INICIAL

"Corresponde al comienzo de los primeros síntomas y signos de la enfermedad, cuya interpretación depende de la experiencia previa, las creencias, expectativas, actitudes y opiniones, y de la parte del cuerpo afectada.

Las posibles repuestas son:

Expresar una conducta de afrontamiento hacia la enfermedad, dirigida al problema y a la emoción. El tipo de afrontamiento determinara si el paciente supera o no esta etapa.

No expresar una conducta de afrontamiento hacia la enfermedad, se trata de aquellas actitudes por las que no se aborda la enfermedad ni como problema ni como emoción.

La dejación, actitud por la cual el enfermo carecería de motivación suficiente para curarse.

La falta de información y desconocimiento que, algunas personas tienen de la enfermedad.

2° CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

Esta etapa se alcanza cuando el individuo admite que se siente enfermo, es decir asume el papel de enfermo. Debe tomar una decisión sobre la opción terapéutica. Caben múltiples posibilidades: automedicarse, acudir a una institución sanitaria, recurrir a métodos alternativos para resolver el problema de salud.

3° CONTACTO CON LA ASISTENCIA SANITARIA

Una vez en manos del personal sanitario, el paciente esperara que le confirmen, o por lo contrario, le descarten la existencia de la enfermedad real, para lo cual se someterá a cuantas pruebas sean precisas para establecer el diagnostico. Caben dos posibilidades:

Diagnostico Positivo: en el cual se confirman una enfermedad real, suele mostrar dos emociones:

Aceptar el diagnostico positivo, es lo más habitual.

No aceptar el diagnostico positivo, rechazar que se tenga la enfermedad diagnosticada por el equipo sanitario (Actitud de negación).

Diagnostico Negativo: En el paciente no se ha detectado ninguna enfermedad, el sujeto puede reaccionar de dos formas:

Aceptar el diagnostico negativo, admitiendo así la confirmación medica de que no tiene realmente ninguna enfermedad.

No acepta el diagnostico negativo: Esto se puede dar en personas con un perfil psicológico psicopatológico. Pero en personas en las que, a pesar de que no se les ha detectado ninguna enfermedad, los síntomas persisten lo que hace sospechar que no se les sabido o podido encontrar un mal.

4° FASE DE ESTADO DE LA ENFERMEDAD

Es aquella en la que se expresan sus manifestaciones clínicas propias. Durante esta fase, el individuo asume su situación de enfermo (rol de enfermo), y que, como tal, debe admitir y asimilar unos deberes y unos derechos. El enfermo se halla en una situación de dependencia, tanto para el personal sanitario como de la familia, amigos, compañeros de trabajo, ya que no puede ejercer las funciones propias de su vida personal.

Según el tipo de enfermedad, su evolución se orientara hacia la curación o hacia el agravamiento.

5° FASE DE CONVALECENCIA

Consiste en la progresiva superación de la fase de estado hasta la total desaparición de la sintomatología es decir la curación. Tiene una duración variable, según la enfermedad. Puede ser más duradera que la misma fase de estado. Durante su evolución puede darse complicaciones o reagudizaciones, a veces letales.

Esta etapa es positiva ya que el paciente va notando la progresiva mejoría y la recuperación.

6° CURACIÓN/MUERTE/SECUELAS

La curación supone en la progresiva superación de las funciones vitales y del modus vivendi. El desarrollo de secuelas implica una limitación de dicho modus vivendi, es decir de la vida normal. Asumir las secuelas puede resultar muy difícil, especialmente las de tipo traumático, que requieren de tratamiento psicológico.

Las enfermedades crónicas son, por definición, incurables con lo que una curación podría entenderse como la total superación de la agudización de la enfermedad".[17]

2.4. ASPECTO LABORAL Y FAMILIAR

No todas las familias responden de la misma manera ante una crisis situacional debido a la enfermedad de uno de sus miembros. Ni siquiera una familia responde siempre de igual forma en diversos momentos.

Los factores que hacen variar tal repuesta, y que por lo tanto definen la predisposición de la familia ante una enfermedad son:

- ✓ El nivel de gravedad de la enfermedad.
- ✓ El miembro de la familia enfermo

Dentro de las respuestas a la enfermedad adaptativas que genera la familia, pueden ser afectivas: negación, ira, tristeza; negociación de roles, flexibilidad de limites etc. También pueden generar desajustes de tipo económico, en los cuales resulta indispensable considerar la pérdida de la capacidad económica de la familia por concepto de consultas, medicamentos, hospitalización y valor de diálisis, además de la disminución del ingreso económico por la incapacidad del enfermo para trabajar, como el caso del padre o algún otro miembro de la familia económicamente activo.

[17]Gallar M. PROMOSION DE LA SALUD Y APOYO PSICOLOGICO AL PACIENTE. Thomson Editores Spain. España 2001. P.P 106-108.

CATIPULO III
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

3.1. PSICOTERAPIA

"La psicoterapia es una disciplina auténticamente psicológica, utilizada en el tratamiento terapéutico que mediante la palabra enmarcada en la relación-terapeuta. De dicha relación e instrumento se establecen cambios cuantitativos y cualitativos de la personalidad, que se manifiestan en la actividad social."

La psicoterapia constituye una herramienta psicológica imprescindible en cualquier estrategia de tratamiento de los trastornos mentales, bien como terapia única o complementaria a los fármacos.

La verdadera esencia de la Psicoterapia no radica en la conversación o comunicación entre dos o más personas, ni en procurar la adaptación pasiva del sujeta a su medio o el alivio circunstancial de sus molestias, está en la incitación de trasformadores en la personalidad que impriman un sentido a la actividad social del individuo y reflejan un nuevo estilo de autoresolución.

3.2. PASOS DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO Y SUS ESTRATEGIAS

1) Investigación
2) Planificación
3) Aplicación de Técnicas

1) INVESTIGACIÓN

1. "Establecer rapport
   a. Aproximación Diagnostica (posible diagnostico presuntivo)

b. Diagnóstico clínico y etiopatogenia
c. Diagnóstico de personalidad, actitudes y motivaciones para el tratamiento.
d. Diagnóstico del entorno

2. Confesión y desinhibición emocional
3. Estructura y afianzamiento de a relación terapéutica

2) PLANIFICACIÒN

1. Formulación etiopatogenia
2. Descripción de la personalidad
3. Formulación de objetivos
4. Señalamiento de técnicas

3) APLICACIÓN DE TECNICAS

Proceso Operativo

Evaluación de la psicoterapia

a) Criterios del paciente
b) Criterios del terapeuta
c) Criterios familiares y terceros
d) Utilización de reactivos y registro psicológico
e) Mediaciones Fisiológicas

Relación Terapéutica

a. Características personales del paciente
b. Fenómenos de relación
    - Contenidos racionales
    - Contenidos irracionales

Las Comunicaciones en la Psicoterapia

TECNICAS DE COMUNICACIÓN Y ÁNALISIS

a. Interrogatorio
b. Reformulación de contenidos
c. Proporcionar contenidos
d. Orientación Psicológica
e. Generalizaciones
f. Incitación general
g. Confrontación y señalamiento
h. Operaciones de encuadre o estructuración
i. Reafirmación o técnica de apoyo, técnica de comunicación y su análisis
j. Reflejo de sentimientos
k. Silencio
l. Interpretaciones

INTERPRETACION DE LAS COMUNICACIONES VERBALES

a. Aclaraciones
b. Comparaciones
c. Interpretación de deseos y defensas
d. Una interpretaciones de las comunicaciones no verbales

La terapia explicativa y la Proporción de Información

a. Proporción de datos e información esclarecimiento e interpretación.
b. Abordaje explicativo sobre etiología
c. Evitar las distorsiones de la psicoterapia
d. La reflexología propone dos terapias:

   La explicación metódica de las causas que produce el trastorno.

Explicación de cómo se forman conexiones temporales de tipo patológico.

Resolución o solución de problemas

Son situaciones específicas de la vida diaria que exigen respuestas para el funcionamiento adaptativo, pero que no reciben repuestas de afrontamiento eficaces provenientes de las personas que enfrentan con las situaciones debido a la presencia de distintos obstáculos.

Expone un modelo para la solución de problemas:

a) Identificar el problema
b) Generar alternativas con "tormenta de ideas"
c) Evaluar las alternativas que son más adecuadas
d) Reunir información y establecer criterios objetivos de eficiencia o viabilidad
e) Elegir y decidir. ¿Qué va hacer y cómo?
f) Establecer un plan de acción
g) Seguimiento y reevaluación. Comprobar que funciona y, si es preciso, cambiar la alternativa de solución."[18]

3.3. PSICOEDUCACIÓN

''Herramienta psicoterapéutica que permite brindar educación o información a las personas con la posibilidad de desarrollar, y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo.

La psicoeducación es un proceso que puede orientarse a la psicopatología o a las personas en general, tengan o no una afección clínica.

[18] BALAREZO L. PSICOTERAPIA. 2da Edicion. Ed. UNIGRAF, Quito-Ecuador 2007.

Puede ser impartido en modo específico por los profesionales de la salud mental o por personal relacionado con ámbitos de la salud. El objetivo es orientar y ayudar a identificar con mayor entendimiento y claridad el problema o la patología para enfocar adecuadamente, en forma conjunta, su resolución o tratamiento y favorecer, por ende una mejora en la Calidad de Vida. Es variable se la puede utilizar en diferentes tipos de abordaje individual, grupal, familiar y de pareja, puede realizarse en un entorno clínico o en el hogar; la duración varia de días hasta años. ”[19]

3.4. TERAPIA DE APOYO

Es una técnica que utiliza una serie de recursos destinados a restituir o reforzar las defensas del yo, en pacientes cuyo marco de referencia preceptivo se encuentran mal integrado, enseñándole a enfrentar con éxito sus problemas emocionales.

El objetivo básico del apoyo es que el paciente retorne a un nivel de equilibrio emocional, a través de la reducción de los síntomas que generan ansiedad.

La finalidad de esta acción es restaurar la homeostasis psicológica, el equilibrio que permite reducir o eliminar los síntomas que le generan ansiedad a través de los mecanismos reforzantes.

La terapia de apoyo emplea medidas directas para reducir los síntomas, mantener o mejorar la autoestima, implica la sensación de eficacia, confianza, esperanza y auto-respeto.

Se presentan algunas de las siguientes técnicas entre las más importantes:

[19] Ocio S. Artículo Científico Psicoeducación. 2012, P.P.1-9.

I. Liberación de sentimientos: Se desarrolla a función catártica un factor terapéutico para realizar la descarga emocional a través de la verbalizaciones alivian el yo del paciente. Mediante esto se refuerza la relación terapéutica.

II. El reforzamiento del principio de la realidad: Cuando la crisis emocional es intensa el paciente pierde el control de la realidad refugiándose en el mundo de fantasía. El terapeuta debe ser objetivo en sus apreciaciones y críticas para que el paciente adopte una actitud más realista y menos emocional.

III. Estimular la socialización: Se trata de promover las condiciones sociales que favorezcan las relaciones interpersonales y grupales a fin de que el paciente realice una serie de actividades placenteras sociales y recreativas. Se trata de ampliar las actividades sociales placenteras a fin de que se sienta cómodos con la gente.

IV. Enseñarle a razonar: el terapeuta debe enseñar a utilizar sus potenciales cognitivos, reforzándole continuamente cualquier actividad por pequeña que sea a fin de darle confianza en su capacidad de resolver sus dificultades. La idea fundamental es que el paciente piense correctamente eliminando sus pensamientos ilógicos que son base de la conducta desadaptada.

Respiración y Relajación progresiva: Constituye una técnica física de gran utilidad como complemento dela psicoterapia de apoyo, ya que efectúa eficazmente reduciendo la ansiedad. Al respecto utilizamos la técnica de Jacobson, llamada Relajación Progresiva siendo utilizado para

el tratamiento de la tensión muscular, la ansiedad, el insomnio, depresión, tartamudeo, espasmos e hipertensión etc.[20]

3.5. TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL

Rozardo (2012) "A diferencia de las psicoterapias psicodinámicas, que se focalizan en los pensamientos inconscientes y ponen énfasis en la catarsis, se aboca a modificar comportamientos y pensamientos, antes que brindarle al paciente la oportunidad de simplemente descargar sus sentimientos. Está orientada hacia el presente, se investiga el funcionamiento actual y no hay mayores exploraciones del pasado, aunque por supuesto se hace una historia clínica y se pone énfasis en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas.

Desde la primera sesión se administran cuestionarios y plantillas en los que se evalúan los síntomas específicos, en su frecuencia, duración, intensidad y características. Esta medición es repetida periódicamente hasta la sesión final, para tener una idea de cambio. Paciente, terapeuta se comprometen a trabajar con un objetivo común. Los pacientes pueden aportar sugerencias y participar en el diseño de las tareas para el hogar.

De busca lograr el funcionamiento independiente, en ella se enfatiza el aprendizaje, la modificación de conducta. Las tareas de ayuda y el entrenamiento en habilidades de intercesión, Además se refuerza el comportamiento independiente, El objetivo de la terapia es aumentar o reducir conductas específicas, como por ejemplo, los síntomas de pánico, inmediatamente va a haber una mejoría en otras áreas, sin que aparezcan otros síntomas que la reemplacen. Se le solicita al paciente practicar nuevas conductas y cogniciones en las sesiones, y

[20] GRIMALDO J. LA PSICOTERAPIA DE APOYO CONCEPTUALIZACIÓN, TÉCNICAS APLICACIÓN, Edt. Prensa, Lima, 1995, P.P 77-79.

generalizarlas afuera como parte de la tarea. Activamente se lo confronta con la idea de que existen alternativas posibles para sus pensamientos y parones habituales de conducta, se promueve al autocuestionamiento”

3.6. TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

En la propuesta de la Terapia Racional Emotiva Conductual los pensamientos, sentimientos y conductas actúan en forma integrada en el individuo y en la perturbación emocional, ya que esta no proviene de los hechos en sí, sino de la evaluación que hacemos de esos hechos y según los estamos percibiendo. Por lo tanto, si ocurre algo que no nos gusta y lo evaluamos como malo (cognición), nos sentiremos mal al respecto, ya sea enojados o tristes (sentimientos) y haremos algo al respecto, llorar o evitar el medio (conducta).

En el tratamiento psicológico la Terapia Racional Emotiva posee un enfoque amplio ya que emplea métodos emotivos y conductuales que ayudan a los individuos a analizar sus ideas irracionales con el fin de modificarlas. Concluyendo que sus problemas psicológicos surgen de las percepciones erróneas acerca de lo que sucede de los acontecimientos, si circunstancias o experiencias.

La base de la Terapia Racional Emotiva Conductual:

El elemento principal en el trastorno psicológico se encuentra en la evaluación irracional, poco funcional, que hace el individuo sobre el si mismo, los demás y del mundo que lo rodea. Esta evaluación se realiza a través de las exigencias absolutistas y dogmáticas “debo de” y “tengo que” en relación a estos tres aspectos.

Entonces, la propuesta de este enfoque es que esos “debo de” y “tengo que” rígidas agrupadas dentro de la terapia cognitiva, conllevan a tres conclusiones irracionales nucleares, que son creencias evaluativas llamadas inferencias, y son tremendismos, baja tolerancia a la frustración y condenación.

Tremendismos: Resalta en exceso lo negativo de un acontecimiento, a percibirlo malo y a pensar que las cosas no deberían ser tan malas como están saliendo.

Baja tolerancia a la frustración: Es la tendencia a exagerar lo insoportable de una situación, y de ahí la calificación de lo insufrible y la sensación de no ser feliz en aquella situación.

Condenación: Tendencia a evaluar como “mala”, la valía de alguien como persona, o de uno mismo, como resultado de la conducta individual.

Además del trabajo de Albert Ellis con la TREC, a inicios de los sesenta, Aarón Beck, también da a conocer su trabajo dentro del enfoque cognitivo, para este autor, las personas escuchan sus pensamientos debido a las siguientes características:

1. Son mensajes específicos discretos, por ejemplo “ella no te quiere”, “la gente piensa que son tonta/o”.
2. Taquigrafiados, es decir, pocas y esenciales palabras, o imagen visual breve.
3. No importa lo irracional que sea, igual se creen.
4. Viven como espontáneos, es decir, entran de golpe en nuestra mente, algo pasa e inmediatamente se presenta una frase mental.
5. Se expresan en términos absolutistas

6. Tienden a dramatizar, se ven en deliro, tienden a anticipar lo peor.
7. Son relativamente idiosincráticos, solo se tiene una perspectiva de la situación.
8. Son difíciles de desviar, se filtran e integran inadvertidamente en el dialogo interno.
9. Son aprendidos, ya que hemos sido socializados para interpretar los sucesos en cierta forma.

Precisamente, debido a estas características de las creencias, Ellis habla de que la terapia Racional Emotiva Conductual es un enfoque psicoeducativo, es decir, parte de la terapia del/la terapeuta en un proceso psicoterapéutica, enseñarle a la persona su forma de pensar, a prestarle atención a sus ideas y pensamientos, para que a partir de ese aprendizaje, pueda ser posible el cambio.

1. Darse cuenta de que son ellas las que crean, en gran medida, sus propias perturbaciones psicológicas y que, aunque las condiciones ambientales pueden contribuir a sus problemas, tienen, en general, una consideración secundaria en el proceso de cambio.
2. Reconocer claramente que poseen la capacidad de modificar de una manera significativa estas perturbaciones.
3. Comprender que las perturbaciones emocionales y conductuales proviene, en gran medida, de creencias irracionales, dogmáticas y absolutistas.
4. Descubrir sus creencias irracionales y discriminar en entre ellas y sus alternativas racionales.
5. Cuestionar estas creencias irracionales y discriminar entre ellas y sus alternativas racionales.

6. Trabajaren el intento de internalizar sus nuevas creencias racionales, empleando métodos cognitivos, emocionales y conductuales de cambio.
7. Continuar con este proceso de refutación de las ideas irracionales y utilizar métodos multimodales de cambio durante el resto de sus vidas"[21]

Detección de las ideas irracionales

Según Albert Ellis se entiende irracionalidad a cualquier comportamiento, emoción o pensamiento que conduce a consecuencias contraproducentes y autodestructivas, que interfieren de forma importante, en la supervivencia y felicidad del organismo.

Para discernir las ideas irracionales que subyacen a la perturbación emocional de un individuo, es necesario buscar las afirmaciones imperativas y exigentes que el paciente se hace así mismo (exigencias e imperativos por tanto internas) cuando quiere, debe, necesita o desea de forma absoluta e imprescindible conseguir algo para encontrar estos imperativos internos, el paciente deberá revisar sus deberías, tengo y las afirmaciones no empíricas reales.

Las ideas irracionales nacen de la tendencia del sujeto a ver el mundo algo deformado y hacer afirmaciones antiempiricas acerca de lo que ha ocurrido o posiblemente ocurrirá; afirmaciones apenas tienen validez porque constituyen sobre generalizaciones extraídas de los datos que se observan y que distorsionan la realidad.

Para poder descubrir los pensamientos irracionales se deberá revisar lo que Ellis denomina cuatro formas principales de irracionalidad:

1. Pensar que alguien, sería necesario o tiene que ser destinado de lo que es.

[21] BLANCO I.TERAPIA RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL. Pp.4-5.

2. Calificar de horrenda, terrible, horrorosa esta situación.
3. Pensar que no es posible sufrir, soportar o tolerara esta persona o cosa y afirmar que no debería haber sucedido así.
4. Ante los errores cometidos, afirmar que el que los realiza merece reprobación y puede calificar de canalla y despreciable.

Terapia Racional y Emotiva

a) Intervención verbal con recursos persuasivos
b) Modificar elementos indeseables en el paciente empleando recursos, racionales e intelecto.
c) Modificación a través de las vías del aprendizaje
d) Terapia racional tiene condiciones que el procedimiento racional sea de vigilancia y que modifiquen estructuras mentales por la vía de la discusión racional.

3.7. TERAPIA FAMILIAR

Conformada entre dos o más miembros de una misma familia, de la cual uno (o más) de sus integrantes expone los problemas que los llevaron al tratamiento.

Los terapeutas familiares conciben a la familia como un “sistema”, por lo que sostiene que los individuos de forma aislada no pueden mejorar si no comprenden los conflictos propios de la interacción familiar.

Las perturbaciones familiares se perpetuán como consecuencia de este sistema de funciones. Por lo tanto, uno de los objetivos en este tipo de terapia consiste en lograr que los integrantes de la familia asuman papeles y patrones de comportamiento nuevos y más constructivos.

V. MATERIALES Y METODOS

La investigación fue realizada mediante el método analítico y descriptivo; con un estudio de tipo cuantitativo, cualitativo. En los pacientes de 50 a 65 años de edad, en etapa inicial en tratamiento de Hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora durante el periodo Agosto 2013- Enero 2014.

Para llevar a cabo el presente estudio investigativo se utilizaron los siguientes instrumentos, Evaluación Psicológica (Observación Psicológica e Historia Clínica) y los Reactivos Psicológicos (Inventario de Depresión de Beck, Escala de Ansiedad de Hamilton, Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad Internacional Personality Disorder Examination, IPDE)

MATERIAL 1

OBSERVACIÓN Y ENTREVISTA PSICOLÓGICA

Este tipo de método es usado por los modelos de psicología constituye el primer paso para el conocimiento de la persona sobre la base de lo que representa, también ayuda a la recolección de datos de las personas en estudio, sin manipulación de la información solo trata de describir signos y síntomas de la situación del paciente para analizar las actitudes y comportamientos.

MÉTODO 1

Se aplicó estas herramientas en cada uno de los pacientes intervenidos durante el tratamiento de hemodiálisis, obteniendo el mayor número de datos e información directa de los síntomas, dificultades y conflictos que presentan.

MATERIAL 2

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

La Evaluación Diagnóstica Psicológica es la primera fase de un proceso terapéutico, en el cual se alcanza un adecuado conocimiento de las condiciones

conductuales, bio-psico-sociales y existenciales de los pacientes para obtener un diagnóstico clínico y delinear un tratamiento psicológico.

Además de los datos clínicos que tengan relación con la situación emocional actual del paciente, incluye: datos de identificación, historia pasada de la enfermedad, Psicoanamnesis personal, normal y patológica, Psicoanamnesis familiar normal y patológica, historia social, laboral, psicosexual, examen de funciones psicológicas, diagnóstico presuntivo, exámenes psicológicos, exámenes complementarios, diagnóstico diferencial, diagnóstico definitivo, pronostico y recomendaciones.

MÉTODO 2

Mediante este instrumento se realizó de forma gradual la Historia Clínica, que se aplicó a cada uno de los pacientes, para reunir los datos y condiciones que permiten interpretar y explicar el curso de la vida de cada uno de los pacientes, en la investigación de la enfermedad.

La información recogida en la historia clínica es un registro de datos imprescindible para el diagnóstico y la orientación, de la problemática derivada del padecimiento de la enfermedad de Insuficiencia Renal Crónica. Para la realización de este método se utilizó dos sesiones de 45 minutos.

MATERIAL 3

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

‘’El Inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II), creado por el psiquiatra e investigador Aarón Temkim Beck, es un autoinforme de lápiz y papel compuesto por 21 preguntas de respuesta múltiple. El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión.

El BDI-II ha experimentado algunas modificaciones respecto a las versiones anteriores para representar mejor los criterios para el diagnóstico de los

trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) y CIE-10 (Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, Organización Mundial de la Salud, 1993). La prueba ha de ser destinada preferentemente para un uso clínico, como un medio para evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes con un diagnóstico psiquiátrico y con 13 años o más de edad.

Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual).'' [22]

MÉTODO 3

Se aplicó en las primeras semanas a los pacientes, en edades comprendidas entre 50 a 65 años de edad en etapa inicial del tratamiento de Hemodiálisis, el objetivo de conocer los niveles de depresión teniendo buenos resultados ya que se pudo conocer los estados de la sintomatología en la población. La aplicación del reactivo fue individual con una duración de 15 minutos aproximadamente.

Luego de dos meses al finalizar el proceso psicoterapéutico, se aplicó el retest, con el objetivo de comprobar si la intervención psicopatológica redujo la sintomatología anteriormente detectada.

MATERIAL 4

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

La escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS) (1), fue diseñada en 1.959. Inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se reformaron en dos, quedando reducida a 13 items. Posteriormente, en 1969

[22] Bobes J, Potilla M.P, Bascaran M.T, Sáiz P.A, Bousono M, Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 3* Edc, España. P.P. 81-82.

dividió el ítem “síntomas somáticos generales" en dos (“somáticos musculares” y “somáticos sensoriales”) quedando en 14. Esta versión (2) es la más ampliamente utilizada en la actualidad. Su objetivo es valorar el grado de ansiedad en pacientes y, según el autor, no debe emplearse para cuantificar la ansiedad, cuando coexisten otros trastornos mentales.

Se trata de una escala heteroaplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante una entrevista. Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo.

MÉTODO 4

Se aplicó el reactivo en forma individual, en el inicio de la investigación para medir estados de ansiedad en los pacientes de 50 a 65 años de edad, en etapa inicial en tratamiento de Hemodiálisis, con el objetivo de poder intervenir con las técnicas adecuadas. Con una duración de 15 a 20 minutos aproximadamente.

MATERIA 5

EXAMEN INTERNACIONAL DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD (INTERNACIONAL PERSONALITY DISORDER EXAMINATION, IPDE)

Conformado por los autores A.W. Loranger, A. Andreoli, P. Berger, P Buchheim, S.M. Channabasavanna y cols.

Entrevista semiestructurada cuyo propósito es identificar rasgos y conductas relevantes para la evaluación de los criterios diagnósticos de los distintos trastornos de la personalidad según DSM.IV TR o CIE-10.

Las versiones para DSM.IV TR o CIE-10 no son exactamente idénticas, aunque la estructura es común entre ambas, de modo que los diferentes criterios descriptivos del trastorno son evaluados mediante una serie de cuestiones que

hacen referencia a 6 áreas de la vida del paciente: Trabajo, Yo, Relaciones Interpersonales, Afectos, Pruebas de realidad y Control de impulsos.

La herramienta cuenta con un breve Cuestionario de Evaluación IPDE autoaplicado, de cribado, en el que mediante preguntas de respuesta dicotómica (Verdadero y Falso) el paciente describe su conducta habitual durante los últimos 5 años. Este breve cuestionario de detección proporciona al entrevistador una rápida información acerca de que trastornos de personalidad es probable que estén presentes.

MÉTODO 5

Se aplicó este test para convalidar los diferentes tipos de personalidad de acuerdo con el diagnostico multiaxial del Eje II de la Historia Clínica, así mismo para formular la intervención según los rasgos encontrados. Con una duración de 25 a 30 minutos aproximadamente.

VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS

OBJETIVO GENERAL:

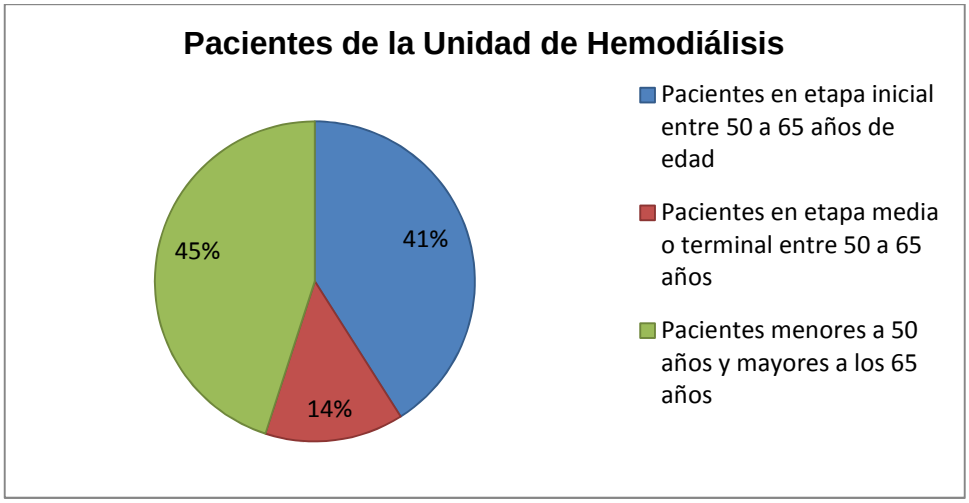
Intervenir Psicoterapéuticamente a los pacientes de 50 a 65 años de edad, en etapa inicial del tratamiento de Hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja en el periodo Agosto 2013 - Enero 2014.

TABLA 1: TOTAL DE PACIENTES

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Pacientes en etapa inicial entre 50 a 65 años de edad	27	41%
Pacientes en etapa media o terminal entre 50 a 65 años	9	14%
Pacientes menores a 50 años y mayores a los 65 años	29	45%
TOTAL	65	100%

Fuente: Pacientes de 50 a 65 años de edad en etapa inicial del tratamiento de Hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora de la Ciudad Loja
Elaboración: María Elisa Vicente Macas

GRÁFICO1: TOTAL DE PACIENTES



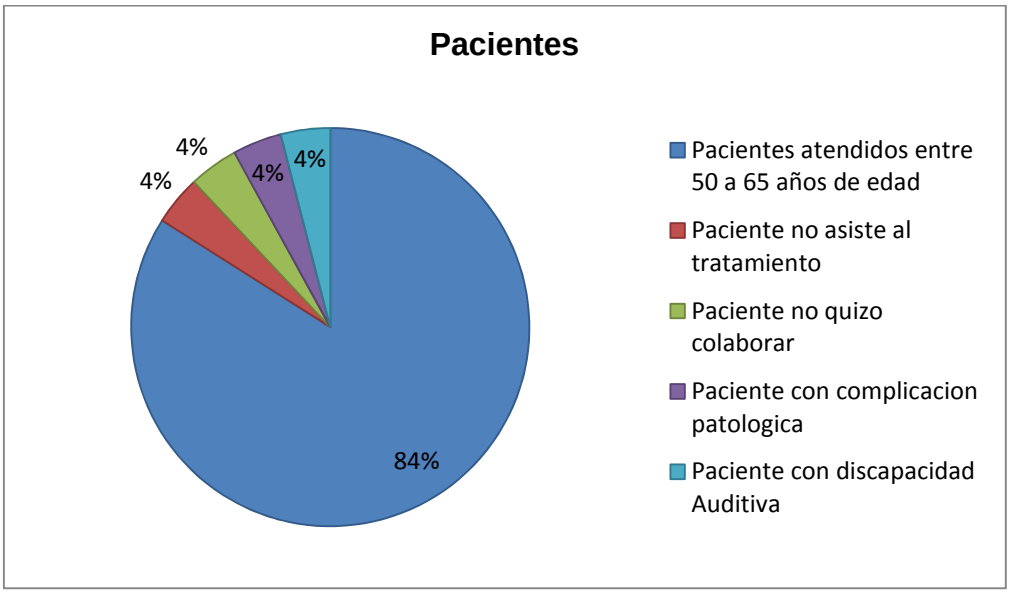
Análisis de resultados: Del total de la población investigada el 45% son pacientes menores a 50 años y mayores a los 65 años de edad, 41% pacientes en etapa inicial entre 50 a 65 años de edad y 14% pacientes en etapa media o terminal entre 50 a 65 años.

TABLA 2: PACIENTES INTERVENIDOS EN PROCESO PSICOTERAPÈUTICO

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Pacientes atendidos entre 50 a 65 años de edad	23	84%
Paciente no asiste al tratamiento	1	4%
Paciente no quiso colaborar	1	4%
Paciente con complicación patológica	1	4%
Paciente con discapacidad Auditiva	1	4%
TOTAL	27	100%

Fuente: Pacientes de 50 a 65 años de edad en etapa inicial del tratamiento de Hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora de la Ciudad Loja
Elaboración: María Elisa Vicente Macas

GRÁFICO 2: PACIENTES INTERVENIDOS EN PROCESO PSICOTERAPÊUTICO



Análisis de resultados: Del total de pacientes atendidos el 84% son pacientes en etapa inicial del tratamiento de Hemodiálisis que corresponden entre las edades 50 a 65 años de edad, 4% pacientes que no participaron en el proceso terapéutico por: no asistir al tratamiento, poca colaboración, presencia de complicación patológica y discapacidad auditiva.

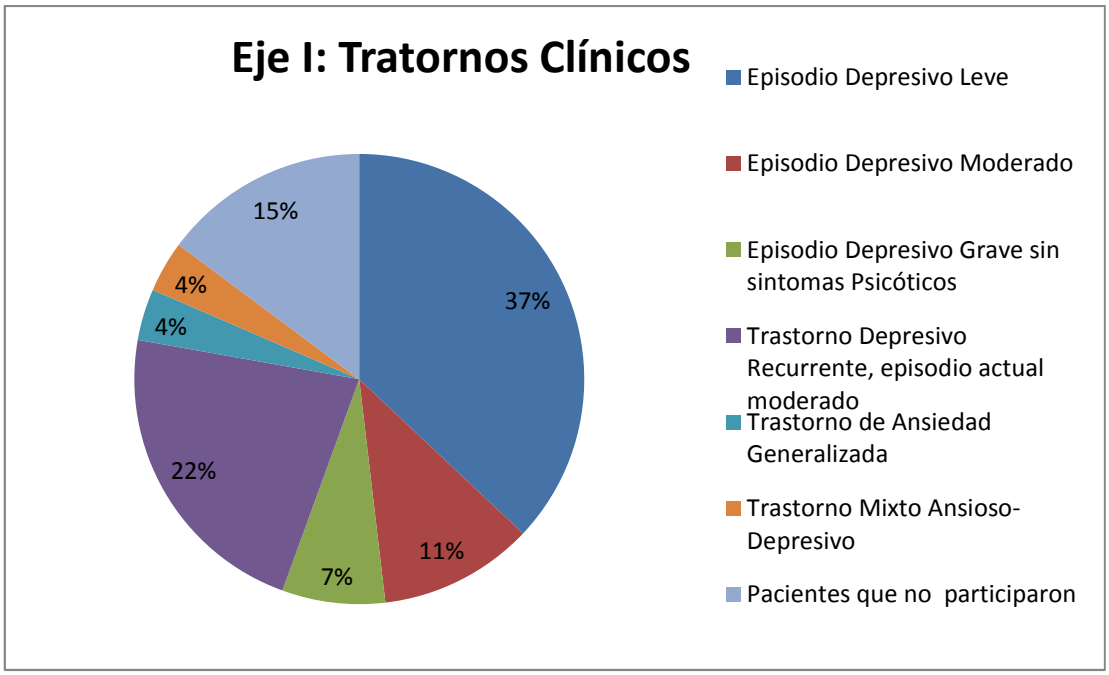
TABLA 3: HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

DIAGNÓSTICO CLÍNICO
EJE I: TRASTORNOS CLINICOS ‘

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Episodio Depresivo Leve	10	37%
Episodio Depresivo Moderado	3	11%
Episodio Depresivo Grave sin síntomas Psicóticos	2	7%
Trastorno Depresivo Recurrente, episodio actual moderado	6	22%
Trastorno de Ansiedad Generalizada	1	4%
Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo	1	4%
Pacientes que no participaron	4	15%
TOTAL	27	100%

Fuente: Pacientes de 50 a 65 años de edad en etapa inicial del tratamiento de Hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora de la Ciudad Loja
Elaboración: María Elisa Vicente Macas

GRAFICO 3: HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA



Análisis de resultados: Del total de la población investigada el 37% presenta Episodio depresivo leve, 22% Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado, 11% Episodio depresivo moderado, 7% Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, 4% Trastorno de ansiedad generalizada y con el mismo porcentaje el Trastorno mixto Ansioso-Depresivo. Y el 15% de Pacientes que no participaron en el proceso.

TABLA 4: HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

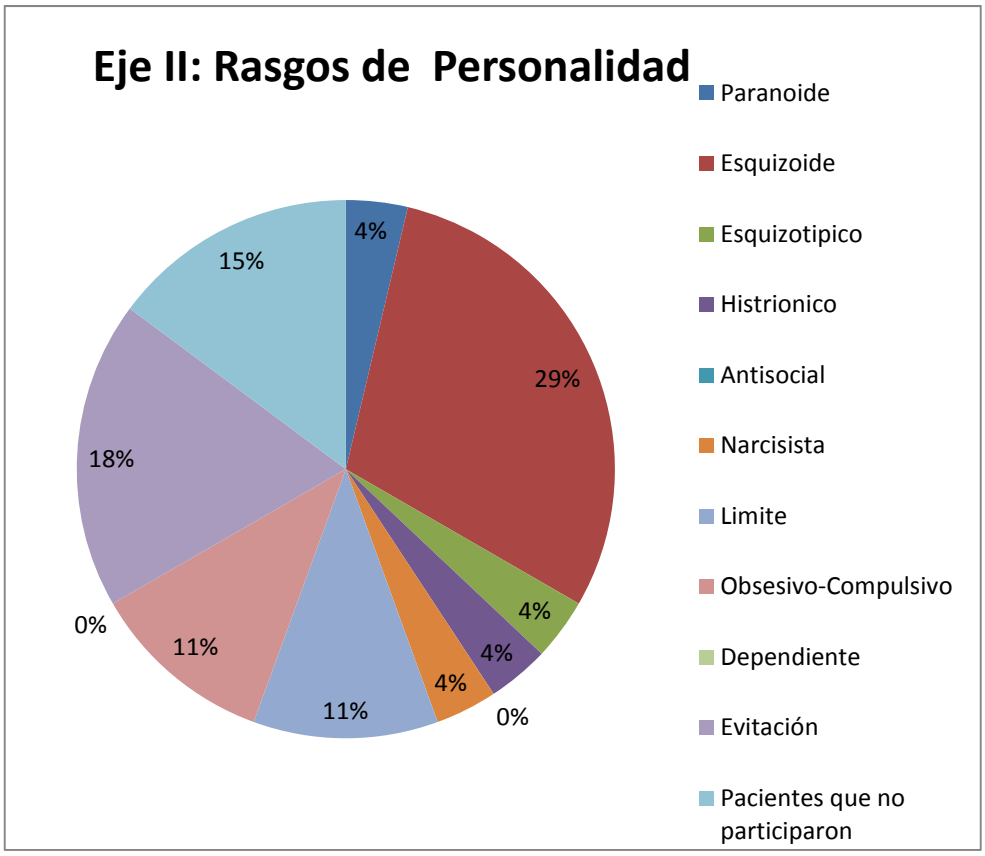
DIAGNÓSTICO CLÍNICO

EJE II: TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD
RETRASO MENTAL

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Paranoide	1	4%
Esquizoide	8	29%
Esquizotípico	1	4%
Histriónico	1	4%
Antisocial	0	0%
Narcisista	1	4%
Limite	3	11%
Obsesivo-Compulsivo	3	11%
Dependiente	0	0%
Evitación	5	18%
Pacientes que no participaron	4	15%
TOTAL	27	100%

Fuente: Pacientes de 50 a 65 años de edad en etapa inicial del tratamiento de Hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora de la Ciudad Loja
Elaboración: María Elisa Vicente Macas

GRÁFICO 4: HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA



Análisis de resultados: Del total de la población investigada, presentan los siguientes rasgos de personalidad: el 29% Esquizoide, 18% Por evitación, 11% Limite y Obsesivo Compulsivo, 4% Paranoide, Esquizotípico, Histriónico y Narcisista, 0% Dependiente y Antisocial. El 15% pertenece a pacientes que no participaron en el proceso.

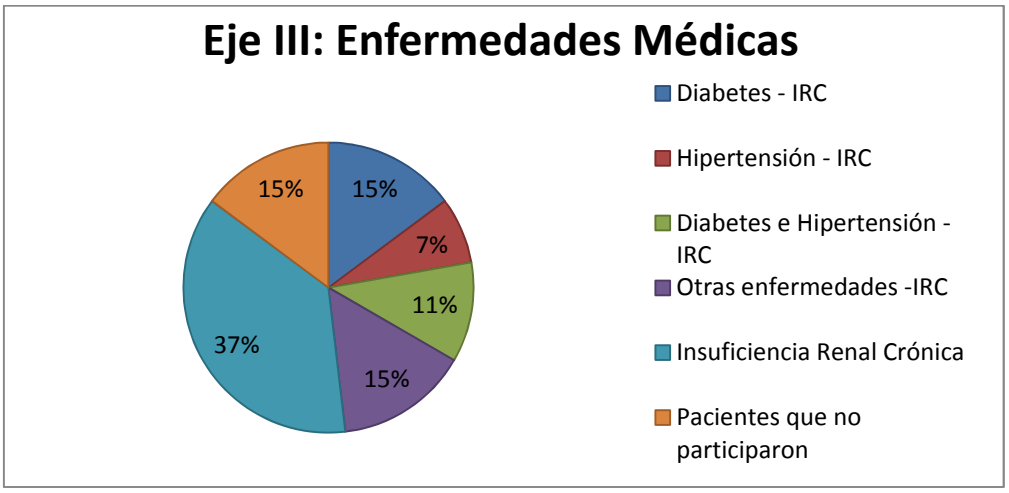
TABLA 5: HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

DIAGNÓSTICO CLÍNICO
EJE III: ENFERMEDADES MÉDICAS

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Diabetes – IRC	4	15%
Hipertensión – IRC	2	7%
Diabetes e Hipertensión – IRC	3	11%
Otras enfermedades –IRC	4	15%
Insuficiencia Renal Crónica	10	37%
Pacientes que no participaron	4	15%
TOTAL	27	100%

Fuente: Pacientes de 50 a 65 años de edad en etapa inicial del tratamiento de Hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora de la Ciudad Loja
Elaboración: María Elisa Vicente Macas

GRÁFICO 5: HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA



Análisis de Resultados: Del total de la población investigada todos los pacientes presentan Insuficiencia Renal Crónica, pero existen cifras que relevan la presencia de otros cuadros clínicos: 15% Diabetes, 2% Hipertensión, 3% Hipertensión y Diabetes, 15% otras enfermedades, 37% solo Insuficiencia Renal Crónica y 15% corresponde a pacientes que no participaron en el proceso.

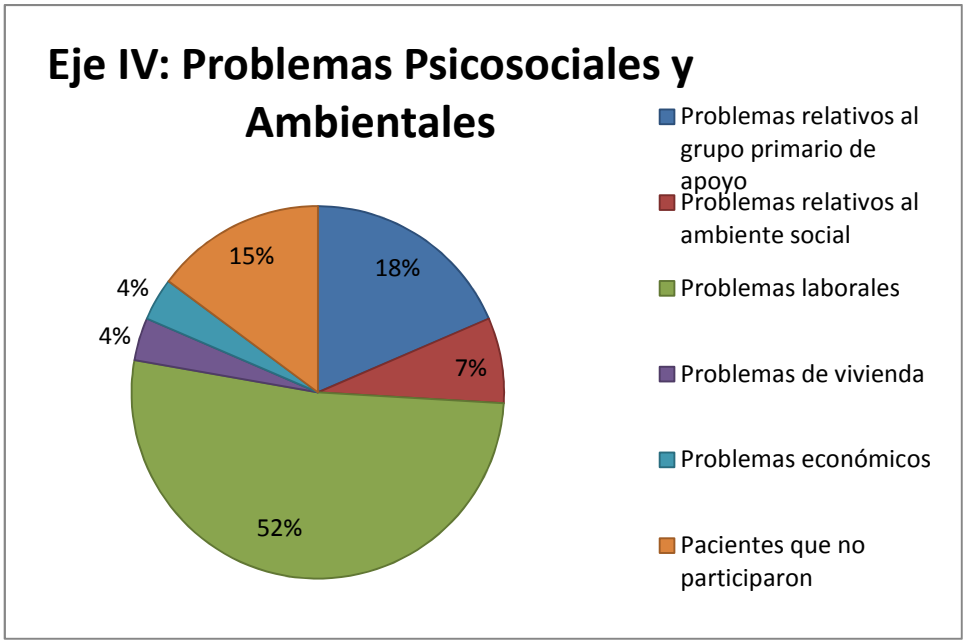
TABLA 6: HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

DIAGNÓSTICO CLÍNICO
EJE IV: PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Problemas relativos al grupo primario de apoyo	5	18%
Problemas relativos al ambiente social	2	7%
Problemas laborales	14	52%
Problemas de vivienda	1	4%
Problemas económicos	1	4%
Pacientes que no participaron	4	15%
TOTAL	27	100%

Fuente: Pacientes de 50 a 65 años de edad en etapa inicial del tratamiento de Hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora de la Ciudad Loja
Elaboración: María Elisa Vicente Macas

GRÁFICO 6: HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA



Análisis de Resultados: Del total de la población investigada, el 52% presenta problemas laborales, 18% problemas relativos al grupo primario, 7% problemas relativos al ambiente social, 4% problemas económicos y de vivienda. Y el 15% pertenece a pacientes que no participaron en el proceso.

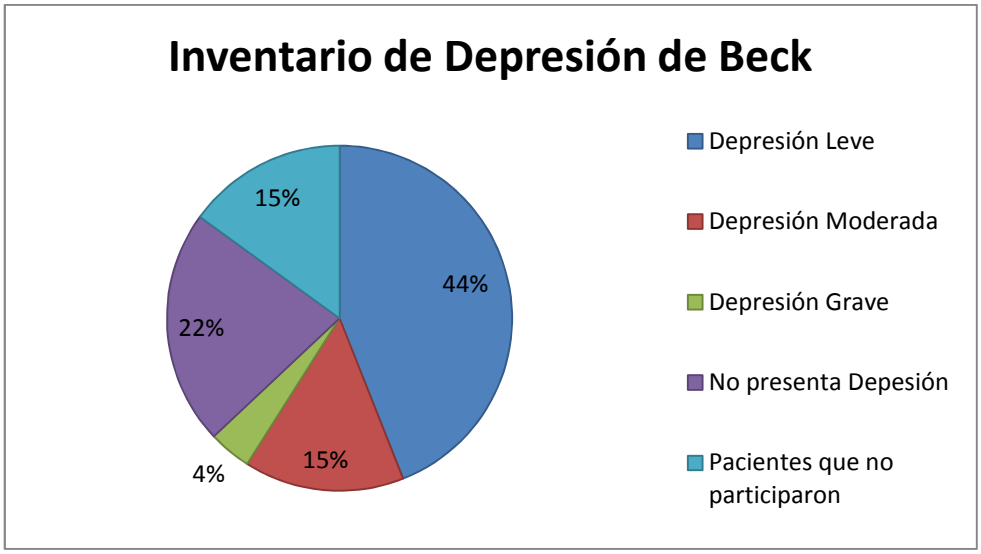
TABLA 7: REACTIVOS PSICOLÓGICOS

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Depresión Leve	12	44%
Depresión Moderada	4	15%
Depresión Grave	1	4%
No presenta Depresión	6	22%
Pacientes que no participaron	4	15%
TOTAL	27	100%

Fuente: Pacientes de 50 a 65 años de edad en etapa inicial del tratamiento de Hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora de la Ciudad Loja
Elaboración: María Elisa Vicente Macas

GRAFICO 7: INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK



Análisis de Resultados: Del total de la población investigada en la aplicación del reactivo psicológico presentó los siguientes estados: 44% Depresión leve, 22% No presenta depresión, 15% Depresión moderada, 4% Depresión Grave y el 15% corresponde a pacientes que no participaron en el proceso.

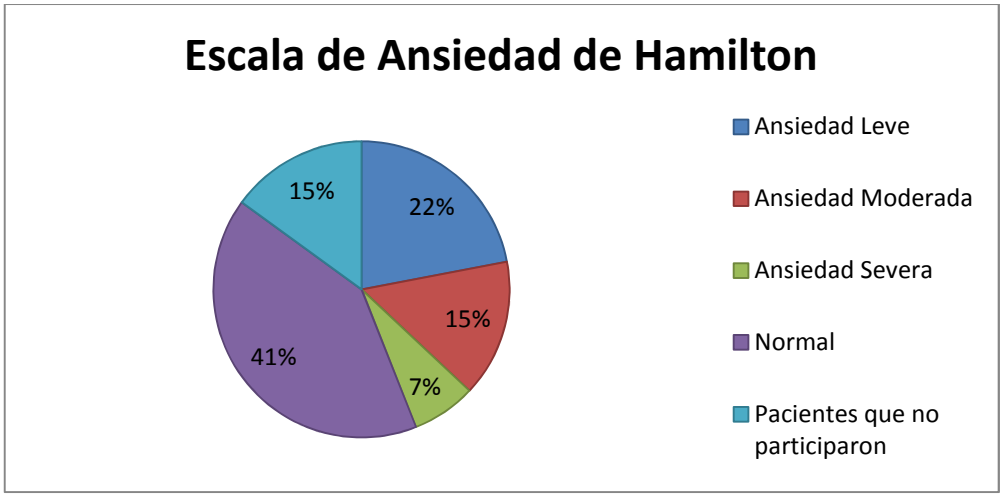
TABLA 8: RECTIVO PSICOLÓGICO

ESCALA DE ANSIEDAD DE HALMINTON

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ansiedad Leve	6	22%
Ansiedad Moderada	4	15%
Ansiedad Severa	2	7%
Normal	11	41%
Pacientes que no participaron	4	15%
TOTAL	27	100%

Fuente: Pacientes de 50 a 65 años de edad en etapa inicial del tratamiento de Hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora de la Ciudad Loja
Elaboración: María Elisa Vicente Macas

GRÁFICO 8: ESCALA DE ANSIEDAD DE HALMINTON



Análisis de Resultados: Del total de la población investigada en la aplicación de esta escala se encontró los siguientes estados ansiosos: el 41% Normal, 22% Ansiedad Leve, 15% Ansiedad Moderada, 7% Ansiedad Severa y el 15% corresponde a los pacientes que no participaron en el proceso.

APLICACIÓN DE LOS RETES

Luego de 9 semanas de intervención psicoterapéutica, se realizó la aplicación de los Retest, tomando en cuenta solamente los resultados de los pacientes que presentaron patología.

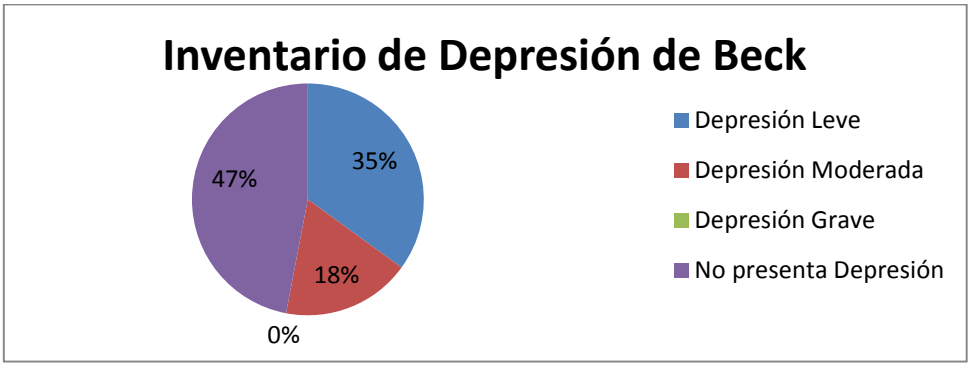
TABLA 9: RETEST DE DEPRESIÓN

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Depresión Leve	6	35%
Depresión Moderada	3	18%
Depresión Grave	0	0%
No presenta Depresión	8	47%
TOTAL	17	100%

Fuente: Pacientes de 50 a 65 años de edad en etapa inicial del tratamiento de Hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora de la Ciudad Loja
Elaboración: María Elisa Vicente Macas

GRÁFICO 9: RETEST DEPRESIÓN DE BECK



Análisis de Resultados: De los 17 pacientes con la respectiva sintomatología depresiva, entre ambos géneros se obtuvo los siguientes resultados: 47% No Presentan Depresión, 35% Depresión Leve, 18% Depresión Moderada y el 0% no presentan Depresión Grave.

Se evidencia una disminución marcada de la sintomatología depresiva en los pacientes, luego de ser aplicada la Psicoterapia.

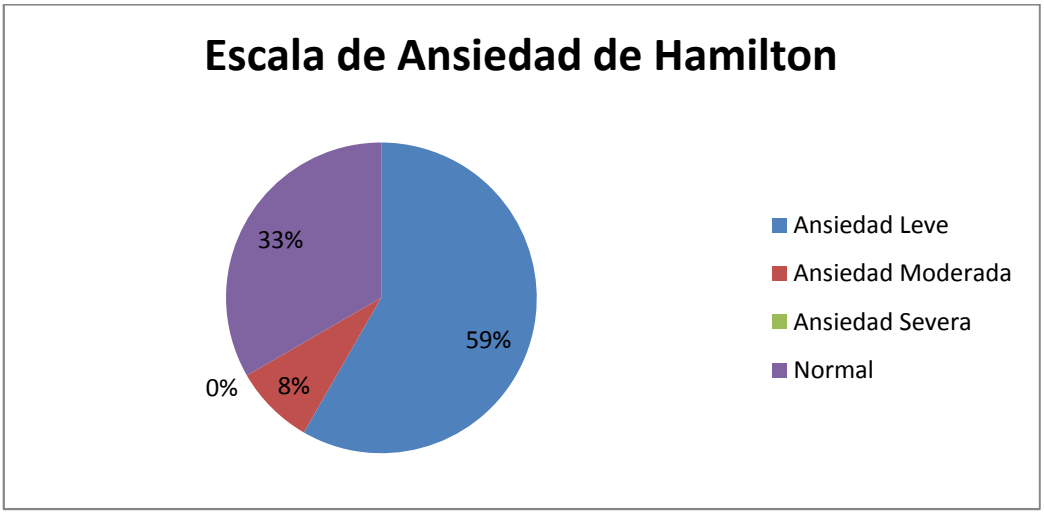
TABLA 10: RETEST DE ANSIEDAD

ESCALA DE ANSIEDAD DE HALMINTON

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ansiedad Leve	7	59%
Ansiedad Moderada	1	8%
Ansiedad Severa	0	0%
Normal	4	33%
TOTAL	12	100%

Fuente: Pacientes de 50 a 65 años de edad en etapa inicial del tratamiento de Hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora de la Ciudad Loja
Elaboración: María Elisa Vicente Macas

GRÁFICO 10: RETEST ANSIEDAD DE HALMINTON



Análisis de resultados: De los 12 pacientes con sintomatología ansiosa entre ambos sexos se obtuvo los siguientes resultados: 59% normal 33% Ansiedad leve, 8% Ansiedad Moderada y 0% Ansiedad Severa.

Se evidencia una disminución considerable en la sintomatología ansiosa en los pacientes, luego de ser aplicada la Psicoterapia.

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS REACTIVOS PSICOLÓGICOS:

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

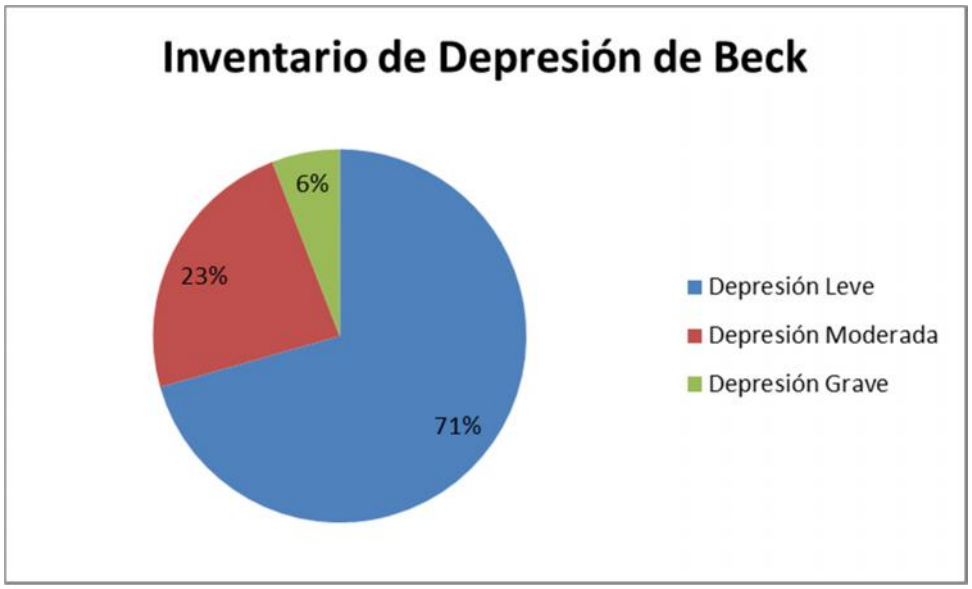
TABLA 11: TEST DE DEPRESIÓN

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Depresión Leve	12	71%
Depresión Moderada	4	23%
Depresión Grave	1	6%
TOTAL	17	100%

Fuente: Pacientes de 50 a 65 años de edad en etapa inicial del tratamiento de Hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora de la Ciudad Loja
Elaboración: María Elisa Vicente Macas

GRÁFICO 11: INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK



Análisis de resultados: Del total de la población investigada en la aplicación del reactivo psicológico, los pacientes que presentan estados depresivos marcados, muestran los siguientes resultados: 71% Depresión leve, 23% Depresión moderada, 6% Depresión Grave.

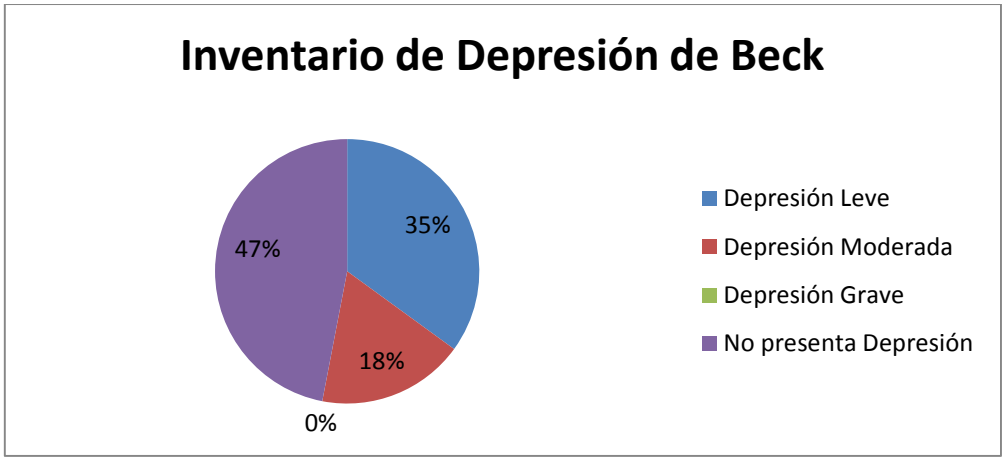
TABLA 12: RETEST DE DEPRESIÓN

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Depresión Leve	6	35%
Depresión Moderada	3	18%
Depresión Grave	0	0%
No presenta Depresión	8	47%
TOTAL	17	100%

Fuente: Pacientes de 50 a 65 años de edad en etapa inicial del tratamiento de Hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora de la Ciudad Loja
Elaboración: María Elisa Vicente Macas

GRÁFICO 12: RETEST DEPRESIÓN DE BECK



Análisis de resultados: De los 17 pacientes que recibieron previamente intervención Psicoterapéutica para reducir índices depresivos, se obtuvo los siguientes resultados: 47% No Presentan Depresión, 35% Depresión Leve, 18% Depresión Moderada y el 0% no presentan Depresión Grave. Se evidencia una disminución marcada de la sintomatología depresiva en los pacientes, luego de ser aplicada la Psicoterapia.

Análisis comparativo de resultados:

Habiendo obtenido como resultado del primer test que el 71% de los pacientes presentan Depresión Leve, así, en el retest se evidencio una disminución marcada ya que el 35%, se encuentran dentro de esta sintomatología; se concluye que existe un 66% de mejoría en los pacientes, que participaron en estas dos fases del test de depresión: Inventario de Depresión de Beck.

En la Depresión Moderada, en el primer test, el 23% de las personas que correspondían a este estado mostraron mejoría ya que, en el retest el 18% de los pacientes intervenidos se clasificaron en este tipo de depresión. Se muestra una mejoría del 5%, entre los pacientes, que participaron en estas dos fases del test de depresión: Inventario de Depresión de Beck.

Dentro de la Depresión Grave en el primer test, se obtuvo, que el 6%, de los pacientes, estuvieron dentro de esta patología, así, se demuestra que se logró una total mejoría ya que en el retest ningún paciente se encontró dentro de este parámetro.

Al final de la intervención psicoterapéutica, en el retest se obtuvo un 47% de mejoría en los pacientes, ya que No Presentan Depresión. Existiendo así, una mejoría notable en su calidad de vida.

ANÁLISIS DE LOS REACTIVOS PSICOLÓGICOS:

ESCALA DE ANSIEDAD DE HALMINTON

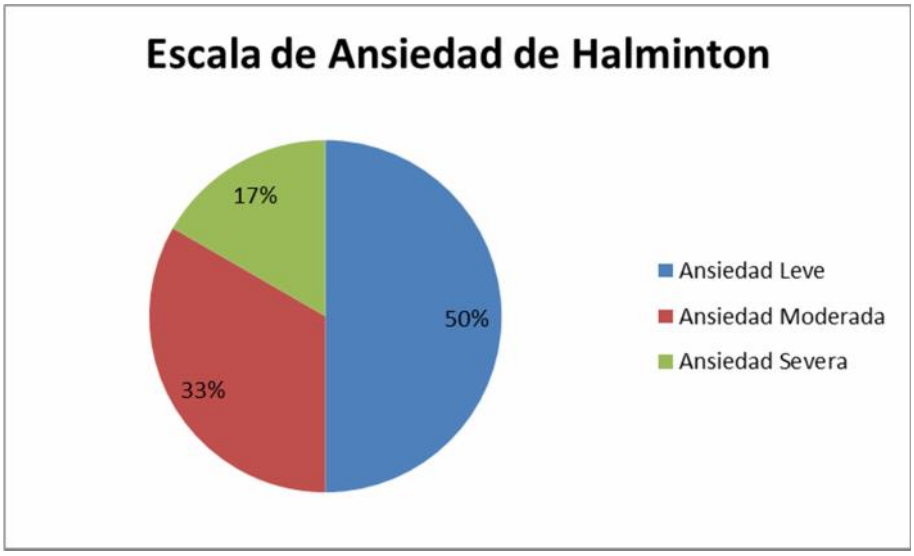
TABLA 13: RECTIVO PSICOLÓGICO
ESCALA DE ANSIEDAD DE HALMINTON

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ansiedad Leve	6	50%
Ansiedad Moderada	4	33%
Ansiedad Severa	2	17%
TOTAL	12	100%

Fuente: Pacientes de 50 a 65 años de edad en etapa inicial del tratamiento de Hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora de la Ciudad Loja

Elaboración: María Elisa Vicente Macas

GRÁFICO 13: ESCALA DE ANSIEDAD DE HALMINTON



Análisis de resultados: Del total de la población investigada en la aplicación de esta escala se encontró que los pacientes se encuentran dentro de los siguientes estados: el 50% Ansiedad Leve, 33% Ansiedad Moderada y 2% Ansiedad Severa.

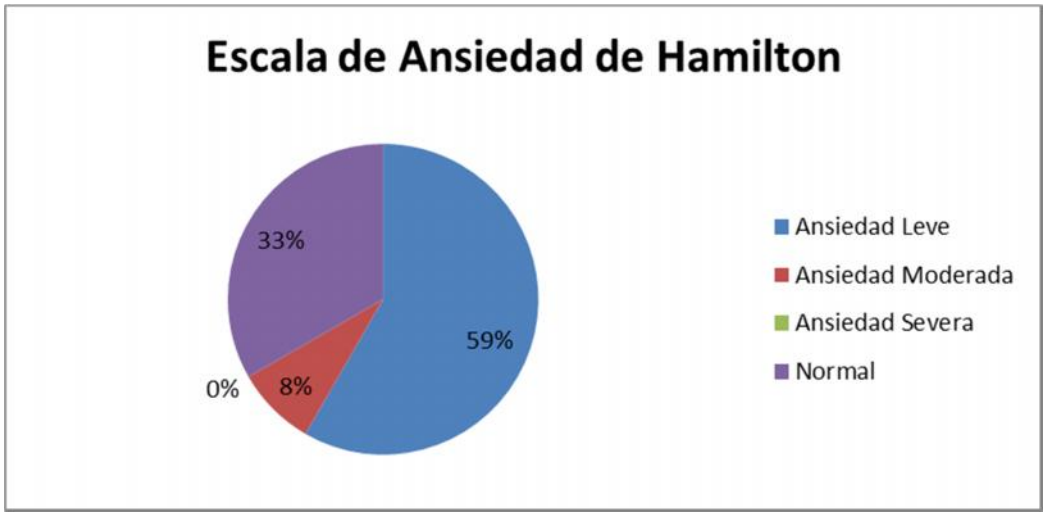
TABLA 14: RETEST DE ANSIEDAD

ESCALA DE ANSIEDAD DE HALMINTON

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ansiedad Leve	7	59%
Ansiedad Moderada	1	8%
Ansiedad Severa	0	0%
Normal	4	33%
TOTAL	12	100%

Fuente: Pacientes de 50 a 65 años de edad en etapa inicial del tratamiento de Hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora de la Ciudad Loja
Elaboración: María Elisa Vicente Macas

GRÁFICO 14: ESCALA DE ANSIEDAD DE HALMINTON



Análisis de resultados: De los 12 pacientes con sintomatología ansiosa entre ambos sexos se obtuvo los siguientes resultados: 59% normal 33% Ansiedad leve, 8% Ansiedad Moderada y 0% Ansiedad Severa. Se evidencia una disminución considerable en la sintomatología ansiosa en los pacientes, luego de ser aplicada la Psicoterapia.

Análisis comparativo de resultados:

En la Ansiedad Leve, dentro de los resultados del primer test se ubicó al 50% de los pacientes en esta sintomatología, en cambio en el retest se obtuvo que el 59%, se encuentra dentro de esta. Siendo considerada como una reducción representativa, ya que los pacientes disminuyeron sus niveles de ansiedad grave, llegando a considerarse en su mayoría como leve.

En los resultados del primer test, dentro de la Ansiedad Moderada, el 33% de los pacientes se encontraron con esta patología, la disminución de esta, fue muy marcada en el retest ya que se redujo al 8%, se evidencia que existe una disminución del 25% de ansiedad en los pacientes luego de la intervención psicoterapéutica.

Dentro de la Ansiedad Severa del primer test se tuvo que el 17% de los pacientes pertenecían a esta, existiendo una disminución total en el retest. Evidenciando una mejoría total en los pacientes en este tipo de ansiedad.

Al finalizar la intervención psicoterapéutica se concluye que el 33% de los pacientes, ya no presentan ninguna clase de sintomatología ansiosa. Mejorando notablemente su calidad de vida.

VII. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La presente investigación se realizó en los pacientes de 50 a 65 años de edad, en etapa inicial del tratamiento de hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora durante el periodo Agosto 2013 - Enero 2014.

Del total de pacientes que acuden a recibir el tratamiento de Hemodiálisis, el 41% son pacientes de 50 a 65 años de edad, en etapa inicial del tratamiento, el 14% pertenece a pacientes entre 50 a 65 años de edad en etapa media o terminal y el 45% a pacientes menores de 50 y mayores a 65 años de edad.

Dentro del proceso investigativo, los 27 pacientes intervenidos corresponden al 84% y el 16% restante pertenece a pacientes que no participaron en el estudio por diferentes circunstancias: negativa a colaborar, abandono de tratamiento médico, complicación de cuadro clínico y deficiencias auditivas.

El objetivo principal del presente estudio está encaminado a desarrollar el proceso de intervención psicoterapéutica en este tipo de patologías, mediante instrumentos como la historia clínica, aplicación de reactivos psicológicos (Inventario de Depresión de Beck, Escala de Ansiedad de Hamilton, Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad Internacional Personality Disorder Examination, IPDE) para obtener un diagnóstico clínico, se propone una planificación y para la ejecución de un esquema terapéutico.

Durante el desarrollo del proceso investigativo que consta de 13 sesiones psicoterapéuticas: 12 individuales y 1 sesión familiar; se pudo constatar los siguientes resultados: que en el 88% de los pacientes existe una disminución de la sintomatología depresiva, así como un 49% en la reducción de la sintomatología ansiosa en las personas intervenidas, cuadro comparativo con los datos expuestos anteriormente (Ver Análisis de Resultados p. 77-79).

En estudios realizados en la Ciudad de San Luis, Argentina en el año 2008 con el tema: “Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis”[23] y de la investigación de la Asociación Estadounidense de Psicología (APA), sobre el reconocimiento de la eficacia de la psicoterapia en este tipo de pacientes.

En el primer estudio tuvo como propósito evaluar el estado emocional de los pacientes utilizando instrumentos como la entrevista semiestructurada, el Inventario de Depresión de Beck-II y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger. El 56,7% de los participantes manifestó algún grado de depresión, el estado de depresión fue mayor en los pacientes sin actividad laboral y de edad superior a la media, la sintomatología ansiosa fue mayor en los enfermos renales crónicos de más edad y durante los primeros meses de hemodiálisis.

Así mismo la “Asociación Estadounidense de Psicología (APA) publicó la Resolución sobre el Reconocimiento de la Eficacia de la Psicoterapia (Resolutionon the Recognition of Psychotherapy Effectiveness), que recopila la literatura científica, existiendo (más de 140 estudios de calidad y metaanálisis) que avala la eficacia de la psicoterapia en ensayos clínicos controlados y en contextos reales, así como los resultados obtenidos en diversas poblaciones”[24]

[23] Páez A, M Jofré, M De Bortoli, C AzPiroz. Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis, “Anxiety and Depression in PatientswithChronic Renal InsufficiencyUndergoingDialysisTreatment”, Artículo de investigación del proyecto 41-9501. Área Psicobiológica, Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de San Luis. 20 Noviembre de 2008. P.P 120-123.

[24] Artículo sobre la Resolución sobre el Reconocimiento de la Eficacia de la Psicoterapia (ResolutionontheRecognition of PsychotherapyEffectiveness) por la Asociación Estadounidense de Psicología (American PsychologicalAssociation o APA). 2012 P.1 y 2

También asevera que “Los efectos beneficiosos de la psicoterapia tienden a mantenerse durante más tiempo y presentan una probabilidad menor de requerir intervenciones adicionales en comparación con los tratamientos farmacológicos. En el tratamiento de los trastornos de depresión y ansiedad, los pacientes sometido a la psicoterapia adquieren una serie de habilidades y destrezas para alcanzar o recuperar un nivel de funcionamiento (Hollon, Stewart, &Strunk, 2006; Shedler, 2010)”.

En la investigación realizada en el Hospital Regional Isidro Ayora de la Ciudad de Loja, se pudo evidenciar datos estadísticos que se correlacionan con los estudios anteriormente expuestos: El 63% de pacientes presenta depresión y el 44% presentan sintomatología ansiosa, siendo este porcentaje mayor en comparación con el estudio realizado en Argentina.
También se pudo constatar que el 59% del total de la población presenta problemas laborales y económicos ya que por el tratamiento interrumpen dichas actividades.

En conclusión los pacientes presentan altos niveles de depresión y ansiedad en los primeros años de la enfermedad Insuficiencia Renal Crónica, afrontando de forma negativa al tratamiento, manifestando la reducción en las actividades cotidianas, sociales y laborales, lo que se relaciona con la visión negativa de sí mismo.

VIII. CONCLUSIONES

Al finalizar el presente trabajo de investigación, se llegó a las siguientes conclusiones:

1. Los pacientes de 50 a 65 años de edad, en etapa inicial del tratamiento de hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora de la Ciudad de Loja presentan alteraciones psicológicas como: depresión, ansiedad, conflictos de pareja y familiares, problemas laborales y económicos.

2. Se determinó que los principales factores que influyen en la falta de aceptación y afrontamiento de la enfermedad son: escaza información, creencias irracionales, redes de apoyo inadecuadas y actitud negativista.

3. En el plan de intervención psicoterapéutica ejecutado en esta investigación, mediante sesiones individuales y familiares, a los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, se pudo cumplir con los objetivos propuestos, disminuyendo la sintomatología de las alteraciones emocionales investigadas, para lo cual se proporcionó a los pacientes alternativas de afrontamiento, con la finalidad de mejorar el estilo de vida y adherencia al tratamiento.

IX. RECOMENDACIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos, se formuló las siguientes recomendaciones:

1. Una vez obtenido un diagnóstico definitivo a través de la historia Clínica Psicológica y los reactivos psicológicos aplicados a los pacientes de 50 a 65 años de edad en etapa inicial del tratamiento de Hemodiálisis, se presentaron alteraciones, Depresión, ansiedad, problemas familiares, cambios de carácter y de conducta, dificultades laborales y económicos, siendo necesario considerar una propuesta psicoterapéutica individual y familiar para los pacientes con enfermedades crónicas.

2. Se sugiere al personal médico, paramédico y de salud mental, de la unidad de Hemodiálisis, integrar a todos los pacientes, para fomentar redes de apoyo entre los integrantes. Incentivar a las familias incorporarse y participar en las distintas actividades que se realicen, con el fin de mejorar la adherencia al tratamiento.

3. Promover y promocionar el servicio de Salud Mental del Hospital Regional Isidro Ayora de la Ciudad de Loja, que se encarga de brindar una correcta orientación, generando medidas de prevención y favoreciendo la detección precoz de psicopatologías, entre la población expuesta, con objetivo de instaurar un tratamiento temprano y eficaz.

X. PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA

INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

La integración en la psicoterapia es la capacidad de asimilar y armonizar los distintos conceptos y enfoques en una intervención terapéutica idónea según las necesidades del paciente. Trascendiendo las diferencias lingüísticas y conceptuales de varias escuelas, las cuales permiten utilizar diversas técnicas, adecuadas en cada caso. La psicoterapia integrativa pretende nutrirse de la investigación y de la experiencia clínica, para generar una teoría más compleja, capaz de respaldar un accionar clínico más potente.

Esta estrategia Integrativa también hace referencia a la consideración conjunta de los aspectos socioambientales, conductuales, fisiológicos, emocionales, cognitivos y transpersonales del individuo. Este tipo de intervención combina e integra sistemáticamente las herramientas de distintas terapias como la psicodinámica, la terapia centrada en el cliente, el conductismo, la psicología cognitiva, la terapia de familia, la terapia gestáltica, las psicoterapias corporales, teorías de relaciones objétales, y análisis transaccional todos ellas desde una perspectiva dinámica y sistémica.

La psicoterapia está orientada al uso de la relación terapeuta-cliente como eje relacional básico donde se trataran, en busca de integración, los diversos aspectos fijados evolutivamente de la personalidad a través de diferentes líneas psicoterapéuticas con el común denominador de poner énfasis en la relación de la psicoterapia, en el contacto intrapsíquico y contacto relacional, en el uso de los métodos psicoterapéuticos básicos de sintonía e indagación como instrumentos de acompañamiento e investigación de los fenómenos y experiencias que el cliente/ paciente presenta.

PLAN TERAPÉUTICO CON ENFOQUE INTEGRATIVO PARA PACIENTES DE 50 A 65 AÑOS DE EDAD, EN ETAPA INICIAL DEL TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA

El proceso de intervención parte de la evaluación de las esferas conductual, cognitiva y emocional del paciente, la manera de afrontamiento, potencialización de las redes de apoyo y la adherencia al tratamiento, para mejorar el estilo de vida mediante los diferentes esquemas terapéuticos:

1. Investigación
   Encuadre
   Diagnostico
2. Planificación
   Terapias y Técnicas
3. Aplicación de Técnicas
   Intervención
   Cierre
   Seguimiento

PROCESOS TERAPEUTICO Y ESTRATEGIAS

1. **INVESTIGACIÓN**
   1.1. La investigación psicológica tiene como objetivo detectar las patologías más comunes en los pacientes diagnosticados previamente con Insuficiencia Renal Crónica en edades comprendidas entre los 50 a 65 años, los mismos que son sometidos al tratamiento de hemodiálisis en etapa inicial:
   1.2. *Observación Psicológica*: Se basa en la vigilancia detalla de la condición emocional de los pacientes, lograr un acercamiento para establecer rapport y empatía, llegar a acuerdos y compromisos sobre el proceso a ser ejecutado.

1.3. *Aplicación de la Historia Clínica Psicológica*: Recopilando información y antecedentes sobre los datos de la enfermedad y circunstancias personales, familiares, sociales y laborales de la vida del paciente.

1.4. *Aplicación de reactivos psicológicos:* Que sirven para corroborar el diagnostico establecido.

2. PLANIFICACION

2.1. Una vez determinado el diagnostico presuntivo, se concluyó el diagnóstico definitivo, proponiendo estrategias psicoterapéuticas para ser aplicadas en cada uno de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Hospital Regional Isidro Ayora de la Ciudad de Loja.

2.2. OBJETIVO GENERAL

Brindar tratamiento psicoterapéutico a los pacientes de 50 a 65 años de edad en etapa inicial del tratamiento de Hemodiálisis que presentan alteraciones emocionales.

2.3. OBJETIVO ESPECIFICO

2.3.1 Brindar información sobre el proceso de enfermar y promover alternativas de afrontamiento y desarrollar la adaptación y mejorar el estilo de vida de los pacientes.

2.3.2 Disminuir y tratar las alteraciones emocionales en los pacientes del tratamiento de Hemodiálisis

2.3.3 Modificar ideas y pensamientos irracionales sobre el padecimiento de la enfermedad Renal Crónica.

2.3.4 Entrenamiento en habilidades sociales para mejorar la relación y desarrollar una buena convivencia.

2.3.5 Incrementar en el paciente la asertividad y potencializar la autoestima.

2.4. Terapias a utilizarse:

2.4.1 Psicoterapia de Apoyo: promover una mejor adaptación al medio y buscar alternativas de integración, mejorar las condiciones empáticas, brindar seguridad y alternativas de solución a los problemas que puedan surgir en el paciente.

2.4.2 Terapia Cognitiva Conductual: suscitar aprendizajes sobre las habilidades y estrategias cognitivas eficaces, para reemplazar los esquemas disfuncionales y pensamientos automáticos.

2.4.3 Psicoterapia Racional Emotiva: detectar e identificar emociones y pensamientos irracionales en los pacientes que provocan emociones o conductas inapropiadas, para que estas sean modificadas por pensamientos racionales, obteniendo así una conducta adecuada y una madurez emocional.

2.4.4 Psicoeducación: proporcionar la información necesaria para desvirtuar creencias e ideas irracionales así como encaminar estrategias, brindando asesoramiento sobre la realidad de su enfermedad y sus posibles efectos psicosociales.

2.4.5 Terapia Familiar: mejorar los lazos afectivos intrafamiliares, promover el apoyo y soporte emocional hacia el paciente, así como proporcionar información requerida acerca del proceso del tratamiento y evolución y las posibles complicaciones futuras que pudieran surgir en el paciente.

2.5 Técnicas Individuales

2.5.1 Liberación de sentimientos

2.5.2 Catarsis

2.5.2.1 Ejercicios de respiración: Para el control de la activación muscular

2.5.2.2 Ejercicios de relajación: Relajación progresiva de Jacobson y Wolpe

Sugestión

2.5.2.3 Resolución de conflictos o toma de decisiones

2.4.15 Ejercicios autoestima y asertividad

2.4.16 Entrenamiento en habilidades sociales

2.4.17 Reestructuración Cognitiva

2.4.18 Psicoeducación

3. Objetivos terapéuticos del proceso de intervención psicológica en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica

3.1. Reducción de la sintomatología emocional detectada en los pacientes que padecen una enfermedad crónica.

3.2. Mejorar el estado de ánimo del paciente

3.3. La generalización del aprendizaje en habilidades sociales y así como la réplica en otras áreas de su vida.

3.4. Incrementar la capacidad de aceptación del tratamiento médico y psicológico, así como las variaciones del estilo de vida del paciente.

3.5. Durante el proceso de tratamiento se involucra al grupo familiar para promover, incentivar y consolidar lazos afectivos, desmitificar creencias y sobrellevar cargas emocionales, así como los afectos psicosociales que conlleva una enfermedad Crónica.

4. APLICACION DE TECNICAS

4.1 INTERVENCIÒN PSICOTERAPÈUTICA CON ENFOQUE INTEGRATIVO MEDIANTE SESIONES INDIVIDUALES Y FAMILIARES

SESION # 1

Tema: Explicación de la metodología y de los objetivos terapéuticos.

Estrategia de Intervención: Terapia Explicativa con el fin de recalcar las normas, reglas de la presente intervención y los resultados a obtener.

- Técnica Explicativa

Objetivos:

- Exponer a los pacientes el plan terapéutico, la estructura y contenido del proceso.
- Lograr concienciación de la necesidad de un proceso terapéutico en los pacientes de hemodiálisis.

ACTIVIDAD	Procedimiento	RECURSOS	DURACION
Introducción	Relación Terapéutica	Terapeuta Paciente	10 min
Encuadre	• Informar acerca de la temática, objetivos y metodología del trabajo. • Se recalca las normas de privacidad de la información. • Se estable un acuerdo sobre el cronograma de trabajo (fecha y hora).	Terapeuta Paciente Compromiso	15 min
Cierre	Se explica la finalidad y para que servirá el trabajo.	Terapeuta	5 min

Resultados Obtenidos: Se logró establecer acuerdos y compromisos que regirán el proceso de intervención psicoterapéutica en pacientes de 50 a 65 años de edad en etapa inicial del tratamiento de Hemodiálisis en el Hospital Isidro Ayora de Loja.

SESION # 2

Tema: Psicoeducación: Depresión y Ansiedad

Estrategia de Intervención:

- Brindar asesoramiento e información acerca de alteraciones psicológicas más comunes que se pueden presentar.

Objetivos:

- Informar y detectar los síntomas de un trastorno mental
- Reducir los grandes índices de estos trastornos

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	DURACIÓN
Introducción	Hacer conocer la temática, objetivos y finalidad de la práctica.	Paciente Terapeuta	5 min
Ejecución de la técnica	a. Presente asesoramiento sobre la depresión y ansiedad. b. Se informó sobre dichos trastornos: síntomas, características, causas precipitantes y desencadenantes, para el desarrollo de estas enfermedades. c. Recalcamos, sobre la necesidad e importancia del tratamiento psicológico y en algunos casos tratamiento farmacológico. d. Se despejo dudas y preguntas del tema, además se destacó la necesidad de mantener una buena Salud Mental.	Paciente Terapeuta	35 min

Resultados Obtenidos: Se brindó información sobre los trastornos psicológicos a los que están propensos a sufrir, como: Depresión y Ansiedad; fomentando el mantener una buena salud mental como física.

SESION # 3

Tema: Psicoeducación Insuficiencia Renal Crónica

Estrategia de Intervención: Brindar asesoramiento sobre la realidad de la enfermedad y los posibles efectos psicosociales

Objetivos:

- Informar al paciente sobre el proceso que tiene la enfermedad, para mejorar la adherencia al tratamiento.
- Despejar dudas y eliminar perjuicios.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	DURACIÓN
Introducción	Hacer conocer la temática, objetivos y finalidad de la práctica.	Paciente Terapeuta	5 min
Ejecución de la técnica	a. Se proporciona información sobre la enfermedad, efectos y consecuencias que tiene la Insuficiencia Renal Crónica. b. Brindar datos sobre la historia de la enfermedad y los tratamientos, para que el paciente adquiera conocimiento y responsabilidad del costo económico y emocional del tratamiento. c. Hacer conciencia sobre la importancia que tiene el cumplimiento del tratamiento como la única manera de mantener y conservar un buen estado de salud. d. Despejar dudas de un posible cambio de tratamiento: Diálisis	Paciente Terapeuta	30 min

	peritoneal, implante de riñón como alternativa para mejorar el estilo de vida del paciente.		

Resultados Obtenidos: Se promovió la compresión y adherencia del tratamiento de Hemodiálisis para producir en el paciente el autocuidado personal. Se encontró una gran necesidad de información en los pacientes sobre la enfermedad, para así disminuir dudas o expectativas negativas en el futuro desarrollo de la misma.

SESION # 4

Tema: Terapia de Apoyo

Estrategia de Intervención: Técnica Liberación de sentimientos y reforzamiento del principio de realidad reforzando las defensas del paciente a través de estos elementos cognitivos.

Objetivos:

- Conocer las dificultades de los pacientes y la búsqueda diferentes alternativas para solucionar los problemas.
- Aliviar la carga emocional.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	DURACIÓN
Presentación	Relación Terapéutica	Paciente Terapeuta	5 min
Ejecución de la técnica	Con la técnica terapéutica de apoyo emocional cuya finalidad es que el paciente retorne a su equilibrio que generan ansiedad o malestar. 1. Se explica la actividad a realizar (objetivos, ejercicios y beneficios) 2. Se ayuda al paciente que identifique las dificultades, brindándole apoyo emocional para clarificar las situaciones, hasta que este en condiciones de enfrentarse el problema. 3. Se incentiva el proceso de catarsis que consiste en la liberación de afectos reprimidos (afecto o sentimientos hacia un objeto que no se libero efectivamente en su momento y queda dentro del inconsciente hasta que por medio de esta	Paciente Terapeuta	25 min

	técnica, dicho efecto encuentra un nuevo objetivo y se libera) en la cual se refuerza la sensación de ser comprendido y escuchado. 4. Se buscan las diferentes alternativas para una posible solución del problema.		

Resultados Obtenidos: Mediante la terapia de apoyo se logra afianzar la relación terapéutica, reconocer y enfrentar las dificultades del paciente, así como la liberación de sentimientos y búsqueda del equilibrio emocional.

SESION # 5

Tema: Terapia Racional Emotiva

Estrategia de Intervención: Técnica Restructuración de Creencias Irracionales modificando las estructuras mentales por la vía de la discusión racional.

Objetivos:

- Analizar e identificar creencias irracionales en los pacientes que conducen a emociones o conductas inapropiadas, para que estas sean modificadas por pensamientos racionales, obteniendo así una conducta adecuada.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	DURACIÓN
Introducción	Hacer conocer la temática, objetivos y finalidad de la práctica.	Paciente Terapeuta	5 min
Ejecución de la técnica	1. Se realiza la búsqueda de síntomas en los pacientes. 2. Se realiza anotaciones donde se registren las creencias irracionales, para proceder a examinar pensamientos, conductas y sentimientos con mayor objetividad, a la vez se facilita el recuerdo de los acontecimientos importantes en los pacientes. 3. Se procede a reconocer las situaciones que se desencadenan los pensamientos desagradables. 4. Se racionaliza pensamientos, con el fin de aprender a controlar y disminuir los efectos de	Paciente Terapeuta	25 min

	los pensamientos irracionales, identificando las emociones y conductas correctas. 5. Se incentiva al paciente para que enfrente ciertas situaciones y mejore su capacidad de control y afrontamiento.		

Resultados Obtenidos: Se identificó y registro las creencias irracionales que han interferido negativamente en el estado emocional y conductual, para buscar alternativas de cambio y mejorar el estilo de vida.

SESION # 6

Tema: Terapia Cognitiva Conductual

Estrategia de Intervención: Técnicas de respiración /Control de la activación muscular mediante diversos ejercicios para lograr el control en situaciones de estrés o ansiedad.

Objetivos:

- Enseñar ejercicios de respiración a los pacientes para que los apliquen en momentos de crisis de ansiedad y desequilibrios emocionales.
- Incentivar e inculcar la práctica diaria de ejercicios respiratorios en los pacientes.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	DURACIÓN
Presentación	Reafirmación de empatía y rapport	Paciente Terapeuta	5 min
Ejecución de la técnica	El objetivo de las técnicas de respiración es facilitar el control voluntario de la inspiración y de la expiración, lograr su automatización, para el control en situaciones de estrés o ansiedad. Se explica en que consiste el entrenamiento de la técnica, la metodología a utilizar y la tarea que se enviara a casa. 1. El paciente coloca la columna vertebral recta, piernas flexionadas, pies apoyados en el suelo, y manos sobre los muslos. 2. Se produce la inspiración nasal, llevando el aire hasta el abdomen, y cuenta mental y progresivamente 1,2,3,.. Se sostiene la respiración por 3 a 4 segundos, y se procede	Paciente Terapeuta	35 min

	inmediatamente a la expiración por vía oral, se debe cerrar los labios de forma que al salir el aire se produzca un breve y suave resoplido. 3. Una vez adoptado el ejercicio, debe poner la mano izquierda sobre el pecho, y la derecha sobre el abdomen, cuando ingrese el aire al cuerpo se podrá evidenciar la elevación del abdomen, y posteriormente del pecho. Siguiendo el ritmo natural de respiración. 4. Se hacen varios intentos de manera paulatina hasta lograr dominar el ejercicio. 5. Tarea: realizar tres veces al día.		

Resultados Obtenidos: Mediante la técnica psicoterapéutica los pacientes experimentaron una sensación de autocontrol en síntomas: de inseguridad, ansiedad y temor. Lo que facilito la liberación de tensión y dolor.

SESION # 7

Tema: Técnica de relajación Muscular

Estrategia de Intervención: Relajación muscular de Jacobson mediante la distención de la musculatura esquelética y mediante ejercicios de tensión-distención de los grupos musculares.

Objetivos:

- Minimizar los síntomas psicofisiológicos como la ansiedad y depresión
- Disminuir los niveles de tensión muscular

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	DURACIÓN
Ejecución de la técnica	La técnica pretende conseguir un nivel de relajación general, mediante la distención de la musculatura esquelética y mediante ejercicios de tensión-distención de los grupos musculares. 1. Se instruye al paciente sobre las condiciones generales de la técnica: posición sentada cómoda, oclusión de los ojos y exclusión de los movimientos. 2. Se inicia el proceso realizando ejercicios de respiración profunda, inhalando el aire y sostenga por cinco segundos, para exhalar lentamente, se continúa durante todo el proceso de relajación. 3. Se debe concentrar en la región frontal, contrayendo el seño, fuertemente durante cinco segundos, debe percibir la tensión que se produce en	Paciente Terapeuta	30 min

	esta parte del cuerpo y se procede a relajar lentamente durante cinco segundos, siente como su frente se va relajando cada vez más, la tensión ha desaparecido completamente. 4. Cierre los ojos fuertemente durante cinco segundos, perciba la tensión que se produce y como la presión desaparece poco a poco. 5. Ejerza presión ahora sobre la mandíbula, apriete los dientes y labios durante cinco segundos, luego relájelos separándolos ligeramente y preste atención a la sensación de bienestar y calma que se produce en esta región. 6. Continúe con el cuello, ejerza presión y manténgalo tenso durante cinco segundos, relaje esta parte lentamente y perciba la sensación positiva que esto conlleva. 7. Eleve los hombros, hacia la nuca y coloqué en tensión por cinco segundos. Relájelos y déjalos caer lentamente, sienta la diferencia entre tensión y relajación. 8. Céntrese ahora en el brazo derecho, eleve y cierre el puño con fuerza, ejerza presión en el brazo durante cinco segundos.		

	Produzca la relajación gradualmente hasta llegar a descansar el brazo y la mano sobre el muslo. Repita la operación con el brazo izquierdo. 9. Incline el dorso hacia adelante y lleva los codos hacia atrás tensando todos los músculos, la tensión que se produce y mantenga durante cinco segundos. Relaje esta área volviendo a la posición inicial. 10. Inspire profundamente y mantenga el aire en los pulmones. Sienta por unos segundos la presión en el pecho y espire lentamente relajando todos los músculos de esta zona del cuerpo. 11. Tensa los músculos de la zona abdominal contrayendo y manteniendo rígidos durante cinco segundos, relájalos paulatinamente y foque la atención en la sensación de descanso. 12. Contraiga los glúteos manteniendo la presión y relájalos. 13. Eleve la pierna derecha, tensa el muslo, dirige los dedos del pie hacia abajo, mantenga la posición durante cinco segundos. Sienta la tensión y relaje el muslo lentamente. Repita la operación en la extremidad izquierda.		

	Se solicita retroalimentar esta práctica para el aprendizaje y dominio.		

Resultados Obtenidos: Los niveles de tensión, preocupación y ansiedad disminuyeron proporcionándole al paciente un estado de tranquilidad y serenidad.

SESION # 8

Tema: Autoestima

Estrategia de Intervención: Técnica “Me Vendo”
Psicoeducación

Objetivos:

- Incentivar el autoconocimiento aceptarse y valorarse con los distintos cambios que presenta la enfermedad.
- Reafirmen las cualidades y destrezas positivas.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	DURACIÓN
Introducción	Hacer conocer la temática, objetivos y finalidad de la práctica.	Paciente Terapeuta	5 min
Breve explicación	Se proporciona información acerca de: ¿Qué es la autoestima? ¿Hay clases de autoestima? ¿Quiénes tienen autoestima? ¿Si la persona sufre una crisis la autoestima aumenta o disminuye?	Paciente Terapeuta Lectura y cuestionario	25 min
Ejecución de la técnica	1. Se realiza un listado de las cualidades y destrezas positivas de los pacientes, se incentiva una búsqueda minuciosa en cada uno de ellos. 2. Se explica al paciente que redacte en una hoja sus cualidades y destrezas positivas así como también sus características físicas que lo distinguen de los demás, tratando de realizar como anuncio comercial. 3. Se apoya y se incentiva en la realización de la técnica. 4. Al finalizar la realización de la técnica se procede a que el paciente lea para si mismo, concientizando los valores y cualidades que el	Hoja de papel Compañeros	

	posee. Luego se procede a leer el anuncio hacia otros compañeros comprobando que el anuncio llego a simpatizarles y convencerles a la posible compra. 5. Para finalizar se realiza una reflexión detallada acerca de la utilidad de la técnica, sus beneficios.		

Resultados Obtenidos: Se encontró la necesidad de reforzar la autoestima, los pacientes aseguraron encontrarse consigo mismos, generando confianza y seguridad desarrollando una postura optimista sobre la vida**.**

SESION # 9

Tema: Entrenamiento en Habilidades Sociales

Estrategia de Intervención: Técnica en entrenamiento en Asertividad, comunicación y relación.

Objetivos:

- Ofrecer una oportunidad de reforzar y estimular el uso de las habilidades sociales.
- Mediante el entrenamiento en habilidades sociales se mejorara la relación de convivencia del individuo dentro de los grupos que pertenece.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	DURACIÓN
Introducción	Hacer conocer la temática, objetivos y finalidad de la práctica.	Paciente Terapeuta	5 min
Ejecución de la técnica	Adiestramiento en estas herramientas: a. Habilidades Sociales: se pretende potencializar la escucha, asertividad, aceptar y pedir ayuda. Mediante una manera correcta de actuar y defender sus derechos y el de los otros. b. Habilidades para hacer amistades: comunicarse, fortalecer redes de apoyo, ser tolerante y participar dentro del grupo. Mediante el modelado manera eficaz para enseñar e incorporar nuevas conductas. c. Manejar los sentimientos: reconocer e identificar las emociones, aceptar y recibir críticas, mostrar	Paciente Terapeuta	30 min

	afecto, incentivando el autoconocimiento y reducir las interacciones disfuncionales.		

Resultados Obtenidos: Los pacientes conocieron la forma de defender y hacer valer sus derechos personales, así como la manera de expresar las diferentes emociones que experimentan. Se incentivó la práctica de la asertividad para mejor la relación al grupo que pertenece.

SESION # 10

Tema: Terapia Cognitivo Conductual

Estrategia de Intervención: Resolución de Conflictos o toma de decisiones

Objetivos:

- Analizar e identificar las diferentes alternativas de resolución de problemas
- Ensenarle a los pacientes a ser asertivos y buscar los diferentes alternativas para poder resolver sus conflictos emocionales y familiares.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	DURACIÓN
Introducción	Hacer conocer la temática, objetivos y finalidad de la práctica.	Paciente Terapeuta	5 min
Ejecución de la técnica	Se las debe definir a las crisis temporales como situaciones y alternativas de cambio. 1. Definición y resolución del problema: Reconocer las circunstancias del conflicto, la concretización del problema y sus factores predisponentes y desencadenantes. 2. Generación de Alternativas o lluvia de ideas: Exploración y búsqueda de ideas y sus posibles soluciones de cambio, aunque estas parezcan imposibles. Generar el mayor número de alternativas. Establecer propuestas sin crítica a través de las cuales se seleccionen los caminos más idóneos de solución.	Paciente Terapeuta Esquema	25 min

	3. Consecuencias de las mejores ideas: Se considera las posibilidades de cambio, haciendo un análisis de las que son factibles y desarrollan solución. 4. Toma de decisión o Acción: existen dos alternativas de cambio: el directivo en que el terapeuta impulsa a una táctica determinada y el segundo en el que el paciente llega a una resolución por si mismo. Verificación de los resultados o Valoración: se realiza el seguimiento sobre las consecuencias que tiene la modalidad escogida.		

Resultados Obtenidos: Los paciente están en capacidad de asimilar las estrategias para resolver conflictos o tomar decisiones, para reforzar las técnicas de afrontamiento hacia la solución de problemas de la vida cotidiana.

SESION # 11

Tema: Psicoeducación dirigida a la familia para proporcionar información acerca del proceso del tratamiento y evolución y las posibles complicaciones que pueden surgir en el paciente. A la vez reforzar las redes de apoyo.

Estrategia de Intervención: Psicoeducación
Terapia Familiar

Objetivos:

- Informar a sus familiares sobre el proceso de la enfermedad, para que exista una mejor comprensión y manejo la enfermedad.
- Reducir las cargas asistenciales que recaen sobre la familia y la sociedad.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	DURACIÓN
Introducción	Hacer conocer la temática, objetivos y finalidad de la práctica.	Paciente Terapeuta	5 min
Ejecución de la técnica	1. Se brinda información acerca de la enfermedad del paciente. Tratamiento, evolución, complicaciones más frecuentes, así como la sintomatología psicológica asociada al proceso. 2. Se aborda sobre la importancia de la comunicación y apoyo familiar 3. Se brinda apoyo emocional, para liberar tensión emocional al ser los responsables del cuidado del paciente.	Paciente Terapeuta	25 min

Resultados Obtenidos: Se consolido apoyo emocional permanente de la familia hacia el paciente. Se utiliza este recurso para la adherencia y cumplimiento en el tratamiento de la enfermedad crónica.

SESION # 12

Tema: Cierre Terapéutico

Estrategia de Intervención: Terapia Cognitivo Conductual
Terapia Racional Emotiva
Psicoeducación

Objetivos:

- Analizar objetivos alcanzados en cada sesión.
- Examinar si se cumplió las expectativas del proceso

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	DURACIÓN
Proceso	Se incentiva a la retroalimentación de los objetivos alcanzados en el proceso terapéutico: 1. Recordar los ejercicios y sus beneficios de las técnicas así como la necesidad de incorporarlos en su rutina diaria. 2. Se enfoca en la necesidad de continuar con el apoyo terapéutico con el profesional.	Paciente Terapeuta	20 min

Resultados Obtenidos: Se constató el interés de los pacientes en mantener un estilo de vida equilibrado y alcanzar un alto grado de madurez emocional. Se evidencio mejoría en la sintomatología encontrada en el inicio del proceso terapéutico.

SESION # 13

Tema: Seguimiento y Prevención de Recaídas

Estrategia de Intervención: Prevención de Recaídas
Terapia Apoyo
Psicoeducación
Terapia Cognitivo Conductual
Terapia Racional Emotiva

Objetivos:

- Realizar los seguimientos consecutivos en los pacientes intervenidos en el plan terapéutico, para conocer la condición emocional, conductual y social que se encuentran.
- Ensenar a los pacientes a identificar y reconocer las situaciones de riesgo e implementar estrategias adecuadas para afrontarlas.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	DURACIÓN
Introducción	Fortalecimiento de la relación terapéutica	Paciente Terapeuta	10 min
Realización	Analizar la evolución del paciente, la condición emocional y conductual que se encuentra. Resaltar factores motivacionales personales y autoeficacia. Paciente debe aprender a reconocer, para evitar colocarse en las situaciones de riesgo mediante los siguientes estrategias: <u>Identificación las situaciones de alto riesgo:</u> Ensenar al paciente a	Paciente Terapeuta	20 min

	reconocer las situaciones específicas y mantenerlo en una disposición de alerta cognitiva. Adopción de respuestas de enfrentamiento adecuadas a situaciones problemáticas: instruir al paciente las habilidades necesarias para hacer frente a las ambientes de alto riesgo.		
Cierre	Se enfoca en la necesidad de continuar con el apoyo terapéutico luego de 3, 6 y 12 meses para prevenir recaídas y perseverar el buen estado de salud.	Paciente Terapeuta	10 min.

XI. BIBLIOGRAFÍA

1) AARON B, RUSH J, SHAW B y EMERY G. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN. 15ª Edc. EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., España 2002.

2) AIKEN L. TEST PSICOLOGICOS Y EVALUACIÓN. 11ma Edc. México 2003.P.342.

3) BALAREZO L. PSICOTERAPIA, ASESORAMIENTO Y CONSEJERIA 1ra Edc, Ecuador, 2003.

4) BALAREZO L. PSICOTERAPIA. 2ra Edc. Ecuador, 2007.

5) BARLOW D Y DURAND M 3ra Edc. Thomson Editores, Spain 2004.

6) BERSON G.TRAUMA PSICO-SOCIAL. 2da Edc. Ecuador 1990.

7) CABALLO V. MANUAL DE TECNICAS DE TERAPIA Y MODIFICACION DE CONDUCTA.

8) CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO. “THE ICD-10 CLASSIFICATION OF MENTAL AND BEHAVIOURAL DISORDERS: DIAGNOSTIC CRITERIA FOR RESEARCH”, 2004, Editorial MedicaPanamericana S.A.

9) CLONINGER S.TEORIAS DE LA PERSONALIDAD. 3ra Edc, Person Educación, México 2003.

10) ESPINOZA M. PERSONALIDAD DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR. Dirección de Educación Continua y Vinculación. Universidad Iberoamericana de Puebla, México

11) GABBARD G. TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS PSIQUIATRICOS. TOMO I. LEXUS Editores. Barcelona, 2008.

12) GABBARD G. TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS PSIQUIATRICOS. TOMO II. LEXUS Editores. Barcelona, 2008.

13) GALLAR M. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y APOYO PSICOLÓGICO AL PACIENTE. 2da Edc.Editorial COPYRIGHT 2001, España.

14) GRIMALDO J. LA PSICOTERAPIA DE APOYO CONCEPTUALIZACIÓN, TÉCNICAS APLICACIÓN, Edt. Prensa, Lima, 1995.

15) HEREDIA J Y PINTO B. DEPRESIÓN EN DIABETICOS: ENFOQUE SISTÉMICO. Vol. 1 UNIVERSIDAD BOLIVARIA “SAN PABLO”, Venezuela, 2008.

16) KAPLAN H y SADOCK B. MANUAL DE PSIQUIATRIA DE URGENCIAS. 1ra Edc. EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA.S.A. Madrid, 1996.

17) KAPLAN H y SADOCK B. TERAPIA DE GRUPO. 3ra Edc. EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA.S.A. Madrid, 1996.

18) MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES DSM-IV.1ra. Edc. Edit.Masson, Madrid, 2005.

19) ROBERT F. PSICOLOGIA CON APLICACIÓN EN PAISES HISPANOS. 4ta Edc. McaGraw-hill Companies. INC, México 1997. P.P. 387-390.

20) RODRIGO J Y PALACIO J. FAMILIA Y DESARROLLO HUMANO. 7ma Edc. Alianza Editorial,S.A, Madrid 2008.

21) OSIPOV G. LIBRO DE TRABAJO DEL SOCIÓLOGO. Editorial de Ciencias Sociales. Cuba 1988

22) SUE D, WING D Y SUE S. PSICOPATOLOGIA COMPRENDIENDO LA CONDUCTA ANORMAL. 9na edición.CentageLearning Editores, S.A. de C.V, Octubre 2011.

23) VALLEJO J. INTRODUCCION A LA PSICOPATOLOGIA Y A LA PSIQUIATRIA. 5ta Edc. Edt. Masson 2002 reimpresion 2003.

DIRECCIONES ELECTRÓNICAS

24) CURSO EXPERTO UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA NEFROLÓGICA.[En línea] http://www.carloshaya.net/denfermeria/media/nefro/Libro2.pdf

25) EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA, ESTADO DE ÁNIMO, ESTRÉS Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CONINSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA. [En línea] http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/27377/Evaluacion%20neuropsicologica,%20estado%20de%20animo,%20estres%20y%20calidad%20de%20vida%20en%20pacientes%20de%20insuficiencia%20renal%20cronica.pdf?sequence=1.

26) PEREZ Y FERNANDEZ 2003. CALIDAD DE VIDA Y ADHESIÓN AL TRATAMIENTO EN PACIENTES DE HEMODIALISIS. [En línea] revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/.../312

27) PEREZ V. ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA. [En línea] www.revistaseden.org/files/art624_1.pd.

XII. ANEXOS

PROYECTO APROBADO

1. **TEMA:**

   “INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN PACIENTESDE 50 A 65 AÑOS DE EDAD, EN ETAPA INICIAL DELTRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL PERIODO AGOSTO 2013 - ENERO 2014.”

2. **POBREMÁTICA**

La Insuficiencia Renal Crónica, es actualmente un problema de la salud pública. La gran demanda de atención ocasionada por el elevado número de pacientes, en la actualidad ocupa uno de los primeros lugares de atención en los hospitales de segundo y tercer nivel, generando altos costos socioeconómicos.

La enfermedad se presenta indiferentemente en ambos géneros o régimen de filiación de la población, sin existir un predominio en edad y sexo.

Esta investigación surge del interés de conocer los efectos de la Hemodiálisis en los pacientes que se someten a este tratamiento permanentemente, afectándolos emocionalmente así como en la percepción y aceptación de la enfermedad, el mismo que servirá para conocer como infiere en su vida cotidiana y en su adhesión al tratamiento.

La Insuficiencia Renal se produce cuando los riñones no son capaces de filtrar las toxinas y otras sustancias de desecho de la sangre adecuadamente, la enfermedad se describe como una disminución en el índice de filtrado glomerular, lo que se manifiesta en una presencia elevada de creatinina en el suero. Es una enfermedad progresiva y altamente demandante de los recursos del individuo que la padece y de su familia, con serias consecuencias sobre su calidad de vida. En los últimos años se estima que el 13% de la población

adulta sufre Insuficiencia Renal Crónica (IRC), se espera que las cifras sigan en aumento.

"De acuerdo con la Sociedad Americana de Nefrología, se estima que 1 de cada 10 adultos sufre de insuficiencia renal en el mundo"[25].

Estudios demuestran que el 9,16% de la población europea presenta algún grado de enfermedad renal crónica. Los datos de la prevalencia de enfermedad renal crónica en mayores de 65 años alcanza el 23,67%, una cifra ligeramente inferior a la encontrada en Canadá (35,7%), y Finlandia (35,8%), pero similar a la de Estados Unidos. (23,4%).

En el Ecuador, se registra que el 9% de la poblaciónsufre de algún tipo de enfermedad en los riñones (glomerulonefritis, pielonefritis, nefroesclerosis, nefropatíadiabética y poliquistosis u otras enfermedades congénitas o hereditarias), con un crecimiento anual del 19%, debido a la falta de estadísticas no se pueden recopilar mayor información.

Según el análisis del Proyecto de Inversión para la Creación de un Centro General de Hemodiálisis del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en la ciudad de Guayaquil el costo por la atención de cada paciente varia considerablemente en su manejo integral: tratamiento médico, fármacos, exámenes complementarios de laboratorio, valoración psicológica, trabajo social y nutrición, constituyéndose a más de un problema sanitario y en un conflicto socioeconómico de considerable magnitud.

En la provincia de Loja el Hospital Provincial General Isidro Ayora cuenta con la

[25]Sociedad América de Nefrología 2013. Revista: Actitud hacia la donación de órganos del personal no sanitario de hospitales de España, México, Cuba y Costa Rica. Antonio Ríos, Ana López-Navas, Marco A. Ayala-García, M. José Sebastián. P. 4

Unidad de Hemodiálisis la misma que se atienden aproximadamente 70 pacientes al año de un aproximado de 448.966 habitantes de la Provincia de Loja.

El padecer este tipo de enfermedades comprometen las diferentes esferas de la vida del ser humano: social, familiar, laboral, económico y que afectan directamente la salud mental de las personas que las sufren. La intervención psicoterapéutica ofrece varias herramientas de la Psicología Clínica que permiten brindar soporte y estabilidad emocional a los pacientes.

La insuficiencia renal puede desencadenar múltiples alteraciones y trastornos físicos por lo que las personas están predispuestas a padecer perturbaciones psicológicas o enfermedades mentales como la depresión entre otras.

La Psicología Clínica está comprometida en el proceso de regeneración y restablecimiento de la salud mental, a través del Psicólogo Clínico el cual se compromete con los pacientes en brindar sus aportes profesionales en los ámbitos de prevención primaria, secundaria, terciaria y asesoramiento en el cambio de estilo de vida.

La utilización de técnicas psicoterapéuticas en los pacientes diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja; estará encaminado a aliviar la sintomatología emocional o perturbaciones psicopatológicas que pueda ocasionar esta enfermedad nefrológica y brindar una mejor calidad de vida al enfermo y a su familia.

Es por este motivo he creído conveniente la realización de la presente investigación, denominada:

¿INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN PACIENTES DE 50 A 65 AÑOS DE EDAD, EN ETAPA INICIAL DEL TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL PERIODO AGOSTO2013 - ENERO 2014?

3. JUSTIFICACIÓN

Los pacientes que padecen Insuficiencia Renal Crónica reciben como tratamiento la Hemodiálisis el cual es un proceso complejo que genera cambios en el estilo de vida y en la conducta cotidiana de los pacientes, como: la dieta alimentaria, la restricción en el consumo de líquidos y uso de medicamentos. A demás produce efectos adversos a nivel físico y psicológico, por su tratamiento prolongado y traumático que va de 3 a 4 días por semana, a los que se suman problemas de índole familiar (conyugales o relación con los hijos), problemas sociales, irritabilidad, problemas laborales y económicos (pérdida de empleo), inestabilidad económica, inseguridad, retraimiento, falta de autonomía, ideación catastrófica, sentimientos de apatía, ideas de muerte y conductas suicidas, cuadros depresivos, crisis de ansiedad. Cambios y efectos que inciden directamente o indirectamente en la calidad de vida de los pacientes y su familia.

La importancia de que reciban el Tratamiento Psicoterapéutico los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en la etapa inicial puede anticipar obstáculos en el proceso, en favor de un mejor pronóstico el cual contribuirá a una buena calidad de vida y la adecuada adherencia al tratamiento.

A la psicoterapia se la define como un tratamiento científico, de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas del malestar humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física o psíquica, la integración de la identidad psicológica y el bienestar de las personas.

Por lo que la Carrera de Psicología Clínica del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja tiene como objetivo formar profesionales en

Psicología Clínica con capacidad epistemológica, científica, técnica, humanista y ética que ejecuten acciones de promoción y prevención de la salud mental e investiguen, diagnostiquen e intervengan psicoterapéuticamente en personas afectadas en distintas patologías, considerando y respetando la interculturalidad contribuyendo a mejorar la calidad de vida de los habitantes y de la Región Sur del País.

Desde el punto de vista social es importante la realización del presente proyecto de investigación en el que se pretende dar a conocer los estados emocionales y cambios conductuales en los pacientes de 50 a 65 años de edad en etapa inicial del tratamiento de Hemodiálisis del Hospital Regional “Isidro Ayora” de la Ciudad de Loja.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Intervenir Psicoterapéuticamente a los pacientes de 50 a 65 años de edad, en etapa inicial del tratamiento de Hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja en el periodo Agosto 2013 - Enero 2014.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar los síntomas emocionales y conductuales en los pacientes de 50 a 65 años de edad, en etapa inicial del tratamiento de Hemodiálisis a través de la Historia Clínica.
- Determinar los factores que influyen en la falta de aceptación y afrontamiento de la enfermedad en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica mediante la Historia Clínica.
- Disminuir los síntomas y las alteraciones emocionales mediante Procesos Psicoterapéuticos, en los pacientes de etapa inicial del tratamiento de hemodiálisis.

5. MARCO TEORICO

CAPITULO I

ADULTO

1.1. Adulto

1.1.1. Definición

1.1.2. Cambios físicos y psicológicos

1.2. Personalidad del Adulto

1.2.1. Personalidad del Adulto

1.3. Alteración Patológica

1.4. Alteración psicopatológica

1.5. Características del Adulto

1.5.1. Depresión

1.5.1.1. Síntomas

1.5.1.2.1.1. Consecuencias

1.5.1.2.1.2. Fisiopatología de la depresión

a) Factores Biológicos

b) Factores psicosociales

1.5.1.2.1.3. Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE10)

a) Episodio Depresivo leve

b) Episodio Depresivo moderado

c) Episodio Depresivo grave sin síntomas psicóticos

d) Episodio Depresivo grave con síntomas psicóticos

1.5.2. Ansiedad

o En el plano somático y clínico

1.5.2.1. Fisiología de la ansiedad

1.5.2.2. Clasificación Internacional de la Enfermedad (CIE10)

a) Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica)

b) Trastorno Mixto Ansioso Depresivo

1.5.3. Estrés y afrontamiento

1.5.4. Estrés: reacción ante la amenaza y el desafío

1.5.5. Afrontamiento del estrés

1.5.6. Conflicto familiar y de pareja

1.5.7. Esfera Sexual

1.5.8. Esfera Psicosocial

CAPITULO II

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

2.1. Enfermedad Renal Crónica

2.2.1. Concepto

2.2.2. Fases

2.2.3. Síntomas: Agudos - Crónicos

2.2.4. Factores de riesgos

2.2.5. Tratamientos sustitutivos de la Enfermedad Renal Crónica

d) Hemodiálisis

e) Diálisis Peritoneal

f) El trasplante renal

2.2. Repercusiones psicológicas del enfermar

2.3. Fases Psicológicas del proceso de enfermar

1° Etapa Inicial

2° Conciencia de enfermedad

3° Contacto con la asistencia sanitaria

4° Fase de estado de la enfermedad

5° Fase de convalecencia

6° Curación/muerte/secuelas

2.4. Aspecto laboral y familiar

CATIPULO III
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

3.1. Psicoterapia

3.2. Pasos del Proceso Psicoterapéutico y sus estrategias

3.3. Psicoeducación

3.4. Terapia de Apoyo

3.5. Terapia Cognitiva Conductual

3.6. Terapia Racional Emotiva

3.7. Terapia Familiar

6. METODOLOGÍA

Para esta investigación se empleara métodos, técnicas y medios de recolección de información y datos que expondrá a continuación.

TIPO DE INVESTIGACION

Cualitativa: Mediante las técnicas como: observación, las entrevistas estructuradas y no estructuradas, nos permitirá registrar las síntomas psicopatológicos y obtener un diagnostico presuntivo.

Cuantitativa: Permitirá almacenar y analizar los datos cuantitativos que se obtendrán en los reactivos aplicados.

MÉTODO:

Analítico: Podremos sintetizar, descomponer un todo en sus partes para estudiar en forma intensiva en cada uno de sus elementos.

Descriptivo: Permitirá organizar, resumir, presentar, analizar y generalizar los resultados de la observaciones.

LUGAR DE INVESTIGACIÓN

La investigación se realizara en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Provincial General “Isidro Ayora” que se encuentra en la parte Occidental del sanatorio, ubicado en las calles Juan José Samaniego entre Lauro Guerrero y Av. Manuel Agustín Aguirre dela Ciudad de Loja.

UNIVERSO

Todos los pacientes en tratamiento de Hemodiálisis.

MUESTRA

Pacientes de 50 a 65 años de edad, en etapa inicial del tratamiento de Hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora durante el período Agosto 2013 - Enero 2014.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Muestreo	Dentro del tiempo determinado
Diagnostico	Pacientes con padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica y enfermedades psicopatológicas
Área	Individuos que acuden al tratamiento en la Unidad de hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora.
Edad	Pacientes comprendidos en edades de 50 a 65 años
Sexo	Hombres y mujeres
Proceso	Etapa inicial (dentro de los 2 primeros años de la enfermedad)

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Diagnóstico	Pacientes que no deseen participar Pacientes con retraso mental Pacientes con síntomas psicóticos
Estado físico	Pacientes descompensados físicamente Pacientes con previa instalación de Catéter
Edad	Pacientes de edades menores a 50 años y mayores a 65 años.
Proceso	Pacientes en etapa media o terminal (más de dos años de tratamiento)

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se aplicara los siguientes reactivos psicológicos:

Entrevista Psicológica: Se recolectara la información de manera directa, se puede dar por medio de la interacción verbal.

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK (BECK DEPRESSION INVENTORY, BDI)

Consta de 2 ítems que evalúan fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión.

Es, dentro de las escalas de depresión, el mayor porcentaje de ítems cognitivos presenta, lo que está en consonancia con la teoría cognitiva de la depresión de Beck.

Otro elemento distinto en cuanto a sintomatología es la ausencia de síntomas motores y ansiedad.

Autoaplicada, aunque inicialmente había sido diseñada para administrar mediante la entrevista.

En la versión abreviada (13items) los valores de las 4 opciones de respuestas son iguales en todos los ítems; la primera respuestas vale 0 puntos; la segunda vale 1 punto; la tercera vale 2, y la cuarta vale 3 puntos.

ESCALA DE ANSIEDAD DE HALMINTON (HAM-A)

Se dispone a aplicar luego de una entrevista estructurada, el clínico puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se puede obtener, además, dos puntuaciones que correspondan a ansiedad psíquica (ítems 1 al 6 y 14) y ansiedad somática (7 al 13).

No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad a la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN IPDE MÓDULO DSM-IV

Mediante este test se conoce los trastornos de personalidad o personalidades psicopáticas (Koch en 1891), debe ser manejado con precaución y sin connotación de valor moral, social o político. Hay que distinguir entre RASGO y TRASTORNO de personalidad de cada uno de los pacientes.

Terapias Psicológicas a utilizarse en pacientes de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

Con la comprensión patológica del cuadro, utilizaremos las siguientes terapias y técnicas de acuerdo a la sintomatología expuesta en los pacientes de etapa inicial del tratamiento de Hemodiálisis.

1. Terapia Individual
2. Terapia de Apoyo

3. Terapia Cognitiva Conductual
4. Terapia Racional Emotiva
5. Terapia Familiar

Técnicas de Intervención

Psicoeducación
Autoestima ¿Quién soy Yo?
Restructuración Cognitiva Creencias y aptitudes
Entrenamiento en habilidades sociales
Carta del niño herido
Entrenamiento en relajación
La silla vacía
Resolución de conflictos o problemas
Asesoramiento y apoyo familiar

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

OBJETIVO GENERAL

Realizar la Intervención Psicoterapéutica en los pacientes de 50 a 65 años de edad, en etapa inicial del tratamiento de Hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja periodo Agosto 2013 - Enero 2014.

VARIABLE DEPENDIENTE

Pacientes de 50 a 65 años de edad en etapa inicial del tratamiento de Hemodiálisis.

Sintomatología encontrada

VARIABLE INDEPENDIENTE

Intervención Psicoterapéutica

VARIABLE	CONCEPTO	ESCALAS
Psicopatología	Depresión, ansiedad, estés, cambios de comportamiento.	Inventario de Depresión de Beck. Escala de ansiedad de Halminton (HAM-A). Cuestionario de Evaluación Ipde módulo DSM-IV
Intervención Psicológica	Terapias y técnicas psicológicas para disminuir sintomatología y psicopatología.	Psicoeducación Terapia de Apoyo Terapia Cognitiva Conductual Terapia Racional Emotiva Terapia Familiar
Edad	Pacientes comprendidos entre las edades 50 a 65 años de edad	Ordinal
Sexo	Hombres y mujeres	Hombres y mujeres
Etapa	Los que se encuentren en la etapa inicial	Etapa Inicial

PROCESO INVESTIGATIVO

Se realizara un proceso psicoterapéutico para disminuir la sintomatología y los cambios de comportamiento. Mediante:

FASE I: Realizar un tamizaje para identificar los síntomas emocionales y conductuales en los pacientes de 50 a 65 años de edad, en etapa inicial del tratamiento de Hemodiálisis a través de la Historia Clínica.

FASE II: A través de la Historia Clínica se determinara los factores que influyen en la aceptación y afrontamiento de la enfermedad en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.

FASE III: Mediante el Proceso Psicoterapéutico disminuirá los síntomas y las alteraciones emocionales, en los pacientes de etapa inicial del tratamiento de Hemodiálisis.

ANALISIS Y TABULACION DE DATOS

Se utilizara tablas estadísticas e interpretación de datos.

6. PRESUPUESTO

RECURSOS HUMANOS:

Universidad Nacional de Loja

Unidad de hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja

Investigador y financiador:

María Elisa Vicente Macas.

Materiales e Insumos	**Costos**
Suministros de Oficina	80.00
Internet (Adquisición de materiales bibliográficos)	75.00
Hojas de papel boon	50.00
Fotocopias	65.00
Impresiones	120.00
Gastos de Movilización	100.00
Imprevistos	65.00
Disertación final	40.00
TOTAL	595.00

7. CRONOGRAMA

Mes –Semana **Actividad**	Agosto 2013 1 2 3 4	Septiembre 2013 1 2 3 4	Octubre 2013 1 2 3 4	Noviembre 2013 1 2 3 4	Diciembre 2013 1 2 3 4	Enero 2013 1 2 3 4
Elección del tema						
Elaboración del proyecto						
Presentación y aprobación del proyecto						
Investigación de campo, aplicación de instrumentos						
Realización del plan terapéutico						
Análisis e interpretación de datos						
Conclusiones y Recomendaciones						
Elaboración del informe final						
Sustentación Publica						

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre:
Lugar y Fecha de Nacimiento:
Edad:
Estado Civil:
N° de hijos:
Instrucción:
Profesión:
Ocupación:
Religión:
Historia Clínica N°:
Residencia:
Fuente de Información:
Fecha de elaboración:

2.- MOTIVO DE CONSULTA

……..
……..
……..
……..

3.- ENFERMEDAD ACTUAL

……..
……..
……..
……..

4.- HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

……..
……..
……..
……..

5.- PSICOANAMNESIS PERSONAL, NORMAL Y PATOLÓGICA

……..
……..
……..
……..

6.- PSICOANAMNESIS FAMILIAR, NORMAL Y PATOLÓGICA

……
……
……
……

7.- HISTORIA SOCIAL

……
……
……
……

8.- HISTORIA LABORAL

……
……
……
……

9.- HISTORIA PSICOSEXUAL

……
……
……
……

10.- EXAMEN DE FUNCIONES PSICOLÓGICAS

Conciencia:

Orientación:

Atención:

Sensopercepciones:

Memoria:

Afectividad:

Inteligencia:

Pensamiento:

Voluntad:

Instintos:

Juicio y razonamiento:

11. DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

……..
……..
……..
……..

12. EXAMEN PSICOLÓGICOS

……..
……..
……..
……

13.- PSICOANAMNESIS ESPECIAL

Factores Predisponentes: ……....

Factores Precipitantes: ……....

Factores Desencadenantes:……

14.- DIAGNOSTICO MULTIAXIAL

Eje I: ……

Eje II: ……..

Eje III: ……

Eje IV: ……

Eje V: ……....

15.- PRONÓSTICO

……....
……....
……
……

16.- RECOMENDACIONES

……....
...……..……
…….....
....

17.- DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

……...
…..……
……...
……..……

F……..

ESCALA DE ANSIEDAD HAMILTON (HAM-A)

El HAM-A sondea 14 parámetros y toma de 15 a 20 minutos para completar la entrevista y para medir los resultados. Cada parámetro es calificado en una escala de 5 puntos, extendiéndose desde 0=no presenta hasta 4= severo.

NOMBRE DEL PACIENTE:
FECHA:

1. HUMOR ANSIOSO
Se preocupa
Anticipa lo peor

2. TENSIÓN
Presenta temor
Llora fácilmente
Se agita
Tiembla

3. MIEDOS
Miedo a la oscuridad
Miedo a extraños
Miedo a estar solo
Miedo a los animales

4. INSOMNIO
Dificultad para dormir o mantenerse dormido
Dificultad con pesadillas

5. INTELECTO
Poca concentración
Debilitación de la memoria

6. HUMOR DEPRESIVO
Interés disminuido en las actividades
Falta de placer en lo que hace Insomnio

7. PROBLEMAS SOMÁTICOS: MUSCULARES
Dolores musculares
Contracturas

8. PROBLEMAS SOMÁTICOS: SENSORIALES
Zumbidos
Visión borrosa

9. SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES
Taquicardia
Palpitaciones
Dolor del pecho
Sensación de debilidad

10. SÍNTOMAS RESPIRATORIOS
Presión en el pecho
Sensación de asfixia
Respiración entrecortada

11. SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES
Disfagia
Náusea o vómito
Estreñimiento
Pérdida de peso
Llenura abdominal

12. SÍNTOMAS GENITOURINARIOS
Frecuencia urinaria o urgencia
Dismenorrea
Impotencia

13. SÍNTOMAS AUTONÓMICOS
Boca seca
Rubor fácil
Palidez Sudor

14. COMPORTAMIENTO ENTREVISTA
Intranquilidad
Temblor
Marcha, pasos

TOTAL ÍTEMS 1 AL 14: ……..

Instrucciones de puntaje HAM-A
Suma de las puntuaciones de los parámetros
14-17 = Ansiedad leve
18-24 = Ansiedad moderada
25-30 = Ansiedad severa

ANSIEDAD Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD
Antonio Pérez Urdániz y Vicente Rubio Larrosa

Nombre: **Edad:**
Fecha:

Cuestionario de evaluación IPDE módulo DSM-IV

Directrices

1. El propósito de este cuestionario es conocer qué tipo de persona ha sido en
   los últimos cinco años.
2. Por favor, no omitir ningún ítem. Si no está seguro de una respuesta,
   señalar la respuesta (VERDADERO o FALSO) que le parezca más correcta.
   No hay límite de tiempo pero no pierda mucho tiempo pensando cual es la
   respuesta correcta a un ítem determinado.
3. Si la respuesta es VERDADERO, señale la letra V, cuando la respuesta sea
   FALSO, señale la letra F.

1. Frecuentemente me divierto y disfruto de la vida	V	F
2. Confío	V	F
3. Soy descuidado, no me preocupan los detalles pequeños	V	F
4, Me es difícil decidir	V	F
5. Expreso mis sentimientos fácilmente	V	F
6. Dejo que los demás tornen decisiones importantes por mi	V	F
7. Me preocupo si oigo malas noticias sobre alguien que conozco	V	F
8. Ceder algunos de mis impulsos me causa problemas	V	F
9. Mucha gente que conozco me envidia	V	F
10. Doy mi opinión general sobre las cosas sin tomar en cuenta los detalles	V	F
11. Nunca me han detenido	V	F
12. La gente cree que soy frío y distante	V	F
13. Me involucro en relaciones muy intensas pero poco duraderas	V	F
14. Creo que la mayoría de la gente es justa y honesta conmigo	V	F
15. Creo que la gente tiene un buen concepto de mi mismo	V	F

16. Me siento molesto o fuera de lugar en situaciones sociales	V	F
17. Soy fácilmente influenciare por los que me rodean	V	F
18. Me siento mal cuando hago daño o molesto a alguien	V	F
19. Me resulta difícil deshacerme de las cosas	V	F
20. A veces he rechazado un trabajo, incluso aunque estuviera esperándolo	V	F
21. Cuando me alaban o critican manifiesto mi reacción a los demás	V	F
22. Use a la gente para lograr lo que quiero	V	F
23. Paso demasiado tiempo tratando de hacer las cosas perfectamente	V	F
24. A menudo, creo que la gente habla de mí, a mis espaldas	V	F
25. Nunca he amenazado con suicidarme, ni me he autolesionado a propósito	V	F
26. Mis sentimientos son como el tiempo, siempre están cambiando	V	F
27. Para evitar criticas prefiero trabajar solo	V	F
28. Me gusta vestirme para destacarme entre la gente	V	F
29. Mentiría o haría trampas para lograr mis propósitos	V	F
30. Soy más supersticioso que la mayoría de la gente	V	F
31. Tengo poco o ningún deseo de mantener relaciones sexuales	V	F
32. La gente cree que soy demasiado estricto con las reglas y normas	V	F
33. Generalmente me siento incómodo o desvalido si estoy solo	V	F
34. No me gusta relacionarme con gente hasta que no estoy seguro de que les gusto	V	F
35. No me gusta ser el centro de atención	V	F
36. Creo que mi cónyuge (amante) me puede ser infiel	V	F
37. La gente piensa que tengo muy alto concepto de mí mismo	V	F
38. Cuido mucho lo que les digo a los demás sobre mí	V	F
39. Me preocupa mucho no gustar a la gente	V	F
40. A menudo me siento vacío por dentro	V	F
41. Trabajo tanto que no tengo tiempo para nada más	V	F
42. Me da miedo que me dejen solo y tener que cuidar de mí mismo	V	F
43. Tengo ataque de ira o enfado	V	F
44. Tengo fama de que me gusta "filtrear"	V	F

45. Me siento muy unido a gente que acabo de conocer	V	F
46. Prefiero las actividades que pueda hacer por mí mismo	V	F
47. Pierdo los estribos y me involucro en peleas	V	F
48. La gente piensa que soy tacaño con mi dinero	V	F
49. Con frecuencia busco consejos o recomendaciones sobre decisiones de la vida cotidiana	V	F
50. Para caer bien *a* la gente me ofrezco a realizar tareas desagradables	V	F
51. Tengo miedo a ponerme en ridículo ante gente conocida	V	F
52. A menudo confundo objetos con gente conocida	V	F
53. Soy muy emocional y caprichoso	V	F
54. Me resulta difícil acostumbrarme a hacer cosas nuevas	V	F
55. Sueño ser famoso	V	F
56. Me arriesgo u hago cosas temerarias	V	F
57. Todo el mundo necesita uno o dos amigos para ser feliz	V	F
58. Descubro amenazas ocultas en lo que dicen algunas personas	V	F
59. Frecuentemente trato de que la gente haga las cosas a mi manera	V	F
60. Cuando estoy estresado las cosas que me rodean no me parecen reales	V	F
61. Me enfado cuando la gente no quiere hacer lo que le pido	V	F
62. Cuando finaliza una relación, tengo que empezar otra rápidamente	V	F
63. Evito las actividades que no me resulten familiares para no sentirme molesto tratando de hacerlas	V	F
64. Doy mi opinión general sobre las cosas y no me preocupo por los detalles	V	F
65. Prefiero asociarme con gente de talento	V	F
66. He sido víctima de ataques injustos sobre mi carácter o mí reputación	V	F
67. No suelo mostrar emoción	V	F
68. Hago las cosas para que la gente me admire	V	F
69. Suelo ser *capaz* de iniciar mis propios proyectos	V	F
70. La gente piensa que soy extraño o excéntrico	V	F
71. Me siento cómodo en situaciones sociales	V	F
72. Mantengo rencores contra la gente durante años	V	F
73. Me resulta difícil no estar de acuerdo con las personas de las que dependo	V	F

74. Me resulta difícil no meterme en líos	V	F
75. Llego al extremo para evitar que la gente me deje	V	F
76. Cuando conozco a alguien no hablo mucho	V	F
77. Tengo amigos íntimos	V	F

EVALUACIÓN IPDE MÓDULO DSM-IV

1. Poner un círculo en los ítems que no están seguidos de F, si la respuesta es VERDADERO.
2. Poner un círculo en el resto de los ítems (aquellos seguidos por F), si la respuesta es FALSO.
3. Si tres o más ítems de un trastorno, y debe ser entrevistados. Los clínicos e investigadores pueden adoptar estándares de referencia mayores o menores, dependiendo de las características de la muestra y de la importancia relativa que tenga para ellos los errores de sensibilidad (falsos negativos) o de especificidad (falsos positivos). Este cuestionario no debe ser usado para hacer diagnósticos o calcular puntuaciones dimensionales de los trastornos de la personalidad.

Paranoide	2F	14F	36	38	59	66	72		
Esquizoide	1F	12	21 F	31	46	57F	77F		
Esquizotípico	2F	24	30	52	64	67	70	71F	77F
Histriónico	5	10	17	28	35F	44	45		
Antisocial	11F	18F	20	29	47	56	74		
Narcisista	7F	9	15	22	37	55	61	65	68
Límite	4	8	13	25F	40	43	53	60	75
Obsesivo-Compulsivo	3F	19	23	32	41	48	54	59	
Dependencia	6	33	42	49	50	62	69F	73	
Evitación	16	27	34	38	39	51	63	76	

DIAGNOSTICO: …….....

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

(BECK DEPRESSION INVENTORY, BDI)

Nombre:…… Edad: …… Fecha: ……...

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada mío de ellos. A continuación señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la última semana, incluyendo el día de hoy. Encierre en un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido.

1) No me siento triste
2) Me siento triste
3) Me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza
4) Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo

---

1) No me siento especialmente desanimado(a) frente al futuro
2) Me siento desanimado(a) frente al futuro.
3) Siento que no tengo nada que esperar
4) Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar

---

1) No creo que sea un fracasado(a)
2) Creo que he fracasado más que cualquier persona normal
3) Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos
4) Creo que soy un fracaso absoluto como persona

---

1) Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la solía obtener ante
2) No disfruto de las cosas de la manera que solía hacerlo
3) Ya no tengo una verdadera satisfacción de nada
4) Estoy insatisfecho(a) o aburrido(a) de todo

---

1) No me siento especialmente culpable
2) Me siento culpable una buena parte del tiempo
3) Me siento bastante culpable casi siempre.
4) Me siento culpable siempre

---

1) No creo que este siendo castigado(a)
2) Creo que puedo ser castigado(a)
3) Espero ser castigado(a)
4) Creo que estoy siendo castigado(a)

1) No me siento decepcionado(a) de mí mismo(a)
2) Me he decepcionado(a) de mí mismo(a)
3) Estoy disgustado(a) conmigo mismo(a)
4) Me odio

1) No creo ser peor que los demás
2) Me critico por mis debilidades y errores
3) Me culpo siempre de mis errores
4) Me culpo por todo lo malo que me sucede

1) No pienso matarme
2) Pienso en matarme, pero no lo haría
3) Me gustaría matarme
4) Me mataría si tuviera la oportunidad

1) No lloro más que de costumbre
2) Ahora lloro más de lo que solía hacerlo
3) Ahora lloro todo el tiempo
4) Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera

1) Las cosas no me irritan más que de costumbre
2) Las cosas me irritan un poco más que de costumbre
3) Estoy bastante irritado(a) o enfadado(a) una buena parte del tiempo
4) Ahora me siento irritado(a) de misma buena parte del tiempo

1) No he perdido el interés por otras personas
2) Estoy menos interesado(a) en otras personas que de costumbre
3) He perdido casi todo el interés por otras personas
4) He perdido todo mi interés por otras personas

1) Torno decisiones casi como siempre
2) De decisiones más que de costumbre
3) Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes
4) Ya no puedo tomar más decisiones

1) No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre
2) Me preocupa el hecho de parecer viejo(a) sin atractivos
3) Siento que hay permanentes cambios en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo(a)
4) Creo que me veo feo(a)

1) Puedo trabajar tan bien como antes.
2) Me cuesta mucho nías esfuerzo empezar a hacer algo
3) Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa
4) No puedo trabajar en absoluto

---

1) Puedo dormir tan bien como siempre
2) No duermo tan bien como solía hacerlo
3) Me despierto unas dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormirme
4) Me despierto varias horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volver a dormirme

---

1) No me canso más que de costumbre
2) Me canso más fácilmente que de costumbre
3) Me canso sin hacer casi nada
4) Estoy demasiado cansado(a) para hacer algo

---

1) Mi apetito no es peor que de costumbre
2) Mi apetito no es tan bueno como solía ser
3) Mi apetito está mucho peor que ahora
4) Ya no tengo apetito

---

1) No he perdido mucho peso, se es que he perdido algo, últimamente
2) He rebajado más de dos kilos y medio
3) He rebajado más de cinco kilos
4) He rebajado más de siete kilos

---

1) No me preocupo de mi salud más que de costumbre
2) Estoy preocupado(a) por mis problemas físicos como, por ejemplo, molestias estomacales, etc.
3) Estoy muy preocupado(a) por problemas físicos y me resulta difícil pensar en cualquier otra cosa
4) Estoy tan preocupado(a) por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa

---

1) No he notado cambio alguno recientemente en mi interés por el sexo
2) Estoy menos interesado(a) en el sexo de lo que solía estar
3) Ahora estoy mucho menos interesado(a) en el sexo
4) He perdido por completo el interés por el sexo

PUNTUACIÓN TOTAL..... NIVEL DE DEPRESIÓN……

XIII. ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA……I

CERTIFICACIÓN……..II

AUTORÍA……III

CARTA DE AUTORIZACIÓN……IV

DEDICATORIA……..V

AGRADECIMIENTO……..VI

I. TÍTULO……..7

II. RESUMEN……8

SUMARY……..10

III. INTRODUCCIÓN……..12

IV. REVISIÓN DE LITERATURA……..15

V. MATERIALES Y MÉTODOS……60

VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS……66

VII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS……..85

VIII. CONCLUCIONES ……88

IX. RECOMENDACIONES……89

X. PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICO……90

XI. BIBLIOGRAFÍA……121

XII. ANEXOS……125

XIII. ÍNDICE……155