



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

Sistematización de experiencias prácticas de investigación

- **LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA COMO FACTOR MOTIVACIONAL PARA LA ACEPTACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA QUE ASISTEN A HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL DOCENTE DE LA POLICÍA NACIONAL G-2.**



AUTORES

- Castro Villamar Joselin Janina
- Cortez López Johnny Ferney

TUTOR:

- Dr. Gilberth Jácome Bastidas Mgs.

GUAYAQUIL- JUNIO, 2016

- **LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA COMO FACTOR MOTIVACIONAL PARA LA ACEPTACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA DEL HOSPITAL DOCENTE DE LA POLICÍA NACIONAL G-2 QUE ASISTEN A HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL DOCENTE DE LA POLICÍA NACIONAL G-2.**

Autores:

Joselin Castro Villamar

Ferney Cortez López

Tutor:

Dr. Gilberth Jácome Bastidas, Msg

RESUMEN

Nuestras prácticas pre-profesionales fueron realizadas en el Hospital Docente de la Policía Nacional G-2 en un periodo de julio a noviembre del 2015.

Los participantes fueron los pacientes que asisten al Servicio de Nefrología, para utilizar un tratamiento renal sustitutivo: hemodiálisis.

El objetivo general de nuestra sistematización de experiencias es explicar cómo se configura la intervención psicológica en función del proceso de aceptación de la enfermedad en los pacientes con insuficiencia renal crónica que asisten a hemodiálisis en el Hospital Docente de la Policía Nacional G-2.

El objetivo específico de la sistematización de experiencias es brindar intervención psicológica como factor motivacional en la aceptación de la enfermedad de los pacientes con insuficiencia renal crónica del Hospital Docente de la Policía Nacional G-2.

En cuanto a la metodología empleada para el desarrollo de la experiencia recurrimos al método clínico bajo los lineamientos del enfoque cualitativo

El plan de intervención fue diseñado para la ejecución de tres fases, una de exploración, con la finalidad de conocer a grandes rasgos, la historia de la enfermedad, como también detectar fenomenológicamente su vivencia y sentido acerca de la misma.

La segunda fase consistente en la intervención; enfocada a la motivación, concibiendo los aspectos intrínsecos y extrínsecos que dialécticamente la componen.

La tercera fase. Cierre y una evaluación de todas las sesiones realizadas en la que se realizó una integración de lo desarrollado en las etapas anteriores, como también la valoración, por parte de los pacientes renales actores del proceso. Los principales resultados obtenidos fueron, mayor contención emocional en los pacientes, potenciación de sus recursos personológicos, cohesión grupal y aceptación de la enfermedad.

INTERVENCIÓN

PSICOLÓGICA

ACEPTACIÓN

ENFERMEDAD

INDICE

<u>Introducción</u>	1
1. <u>Contexto teórico</u>	3
1.1 Enfermedades catastróficas.....	3
1.2 La enfermedad de insuficiencia renal crónica	4
1.2.1 Causas.....	4
1.2.2 Síntomas.....	5
1.2.3 Estadios evolutivos	5
1.3 Tratamiento	6
1.3.1 Hemodiálisis	6
1.3.2 Diálisis peritoneal.....	6
1.3.3 Trasplante renal.....	6
1.4 Aspectos psicológicos.....	6
1.4.1 Concepto de duelo.....	7
1.4.2 Fases de duelo Kübler –Ross (1926- 2004)	7
1.4.3 Afrontamiento	9
1.4.3.1 Estilos de afrontamiento	10
1.4.3.2 Estrategias de afrontamiento.....	11
1.5 Motivación.....	11
1.5.1 Tipos de motivación.....	12
1.6 Autoestima.....	12
1.6.1 Tipos de autoestima	13
1.7 Intervención psicológica.....	14
1.7.1 Objetivo en psicoterapia.	15
1.7.2 El acompañamiento psicológico	16
1.7.3 Psicoterapia de grupo.....	16
1.7.4 Factores psicoterapéuticos.....	18

2. <u>Metodología de la sistematización</u>	22
2.1 Enfoque metodológico	22
2.2 Técnicas	22
2.3 Instrumentos	22
2.4 Materiales usados:	23
2.5 Valoración general del proceso e instrumentos de sistematización	23
2.6 Evaluación cualitativa, acuerdos y compromisos	23
2.6.1 Técnicas de relajación	23
2.6.2 Instrumentos	24
3. <u>Descripción de experiencias</u>	25
3.1 El objetivo específico de la sistematización de experiencias	26
3.1.1 El impacto logrado	26
3.2 Planificación de cada una de las fases	26
3.3 Diseño y planificación	27
3.4 Implementación	27
3.4.1 Sesiones:	27
4. <u>Recuperación del proceso</u>	31
4.1 La intervención psicológica como factor motivacional para la aceptación de la enfermedad	31
4.1.1 La intervención psicológica como proceso	31
4.1.1.1 Personal técnico	31
4.1.1.2 Estructura y tipo de intervención	31
4.1.1.3 Uso de técnicas y establecimiento de rapport	32
4.1.1.4 Aplicación de Instrumentos	32
4.1.2 Competencias del personal	33
4.1.3 Componentes de la motivación	36
4.1.3.1 Motivación Intrínseca	36
4.1.3.2 Motivación Extrínseca	38
4.2 Aceptación de la enfermedad	39
4.3 Diagnóstico	44
4.4. Elementos de reconstrucción histórica	45

4.5. Elementos para ordenar y clasificar la información.....	57
4.6. Elementos para la interpretación crítica	63
4.7. Métodos e instrumentos a utilizar.....	67
4.7.1 El método clínico.....	67
4.7.1.1 Técnicas	67
4.7.1.2 Instrumentos.....	68
4.7.1.3 Otras herramientas psicológicas	71
5. <u>Análisis y reflexión</u>	74
5.1. Lecciones aprendidas	74
6 <u>Recomendaciones</u>	79
Referencias bibliográficas	81

Introducción

La insuficiencia renal crónica (IRC) es la pérdida parcial o completa de la función de los riñones, es decir, la eliminación de toxinas en la sangre, síntesis de proteínas y filtrado de líquido, siendo necesario un tratamiento sustitutivo renal.

Según el último reporte del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) hasta el 2014 en el país se contabilizaban 6.611 personas con insuficiencia renal crónica¹. Y es una cifra que va en aumento.

En la actualidad existen tres tipos de tratamiento sustitutivo renal, hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante de riñón, son sustitutivos porque cumplen las funciones de los riñones.

El impacto de la noticia de la enfermedad provoca vivencias emocionales como tristeza, llanto, preocupación y visión pesimista sobre el futuro. Lo anterior puede agravarse antes o durante el tratamiento. Debido al poco conocimiento que puedan tener o asimilar acerca de la enfermedad y los cuidados que permitan prolongar su vida.

Pese a los resultados del impacto, la vida de los pacientes se ve modificada a su nueva condición, rutina del tratamiento, dieta, actividades a su alcance, relación con un personal técnico que atiende su enfermedad; y consigo continúan las demás esferas de su vida en la configuración que hasta entonces llevaban; familiar, personal, laboral y social.

Consideramos pertinente la intervención psicológica como el accionar del profesional en salud mental para examinar, mediatizar y acompañar el proceso adaptativo a su nueva condición.

En el HOSPITAL DE LA POLICÍA NACIONAL G-2, los pacientes, policías y familiares con IRC reciben el tratamiento de Hemodiálisis, el cual consiste en purificar y filtrar la sangre por medio de una máquina;

Para los pasantes de psicología, a quienes se les asignó la tarea de desarrollar un plan de intervención con dicha población, fue necesario elaborar un nexo formal

¹ <http://www.redaccionmedica.ec/noticia/en-ecuador-cerca-de-10-mil-personas-necesitan-di-lisis-87408>

entre el director del departamento de psicología con el médico Coordinador del Servicio de Nefrología (Dr. Eden Romero).

El plan de intervención fue diseñado para la ejecución de tres fases, una de exploración, con la finalidad de conocer a grandes rasgos, la historia de la enfermedad, como también detectar fenomenológicamente su vivencia y sentido acerca de la misma.

La segunda fase consistente en la intervención; enfocada a la motivación, concibiendo los aspectos intrínsecos y extrínsecos que dialécticamente la componen. Y tercera fase correspondiente a la evaluación y cierre del proceso.

Por tanto, el objetivo de esta sistematización, debido a la experiencia obtenida en el proceso de intervención, es orientado a evidenciar la intervención psicológica como factor motivacional en el tratamiento de hemodiálisis, como la aceptación de la enfermedad, ya que partimos de la premisa que la atención psicológica es generadora de situaciones que promueven la revisión, reflexión y actuación pertinente por parte de los pacientes.

La intervención psicológica se ejecutó en el Área de Hemodiálisis, Hospital Docente Policía Nacional Guayaquil No.2. Se trabajó con una población de 4 personas que padecen de insuficiencia renal crónica y reciben hemodiálisis tres veces por semana. El periodo de tiempo de la sistematización de experiencias será de enero a marzo.

El objetivo general de nuestra sistematización de experiencias es explicar cómo se configura la intervención psicológica en función del proceso de aceptación de la enfermedad en los pacientes con insuficiencia renal crónica que asisten a hemodiálisis en el Hospital Docente de la Policía Nacional G- 2.

El objetivo específico de la sistematización de experiencias es brindar intervención psicológica como factor motivacional en la aceptación de la enfermedad de los pacientes con insuficiencia renal crónica del Hospital Docente de la Policía Nacional G-2.

En cuanto a la metodología empleada para el desarrollo de la experiencia recurrimos al método clínico bajo los lineamientos del enfoque cualitativo

Las limitaciones que existieron en cuanto a la metodología empleada fueron en las entrevistas abiertas realizadas a los pacientes, por tanto, se optó por realizar una entrevista estructurada y la aplicación de diversas baterías de tests, tales como cuestionario de síntomas SRQ y test de estrés y encuesta a través de un cuestionario.

1. Contexto teórico

1.1 Enfermedades catastróficas

Nuestro trabajo de sistematización se refiere al abordaje realizado con la población de policías que están diagnosticados con Insuficiencia renal crónica (IRC) y reciben el servicio de hemodiálisis en el Hospital Docente de la Policía Nacional G-2.

Es preciso que iniciemos con la apreciación de la Organización mundial de la salud (OMS); la cual considera que las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta (OMS, sf). Aunque la insuficiencia renal no consta entre las enfermedades de mayor causa de mortalidad en el mundo, la diabetes, que es una de las principales etiologías de la insuficiencia renal, aparece en dicha lista junto con enfermedades respiratorias, cáncer, cardiovasculares, etc. Justamente, la diabetes es una de las principales causas para el surgimiento de la IRC.

Las enfermedades catastróficas pueden ser tanto heredadas como adquiridas, en este segundo grupo se denominan Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), Encontramos tres características típicas en el trabajo de Orozco Gómez y Castiblanco (2015) cuando conceptualizan a las ECNT, condición de incurable y agente transmisor desconocido. Daar et al., 2007; modificación en el estilo de vida, Martos, Pozo y Alonso (2010) lo cual implica tener que interactuar constantemente con personal técnico que le asista; la tercera característica es más positiva, capacidad de adaptación y presencia de redes de apoyo Hanson y Gluckman (2011)

Es así como llegamos a la definición que hace Jaime Benites Solís (2013) el cual indica que: “Una enfermedad catastrófica, es una enfermedad devastadora y casi siempre incurable, que necesita de muchos recursos económicos y de muchos cuidados médicos, casi siempre paliativos y de constante soporte emocional al paciente y su familia”.

Nos referimos a la IRC catalogada como enfermedad catastrófica no transmisible en Ecuador, “Diario el Universo” en una publicación del 2012 indican un listado de las enfermedades catastróficas, raras y huérfanas según el ministerio de salud, siendo las primeras un listado diferente de las subsecuentes, entonces, la IRC se encuentra en el cuarto lugar de esta lista entre “Tumor cerebral en cualquier estadio

y de cualquier tipo” y “Trasplante de órganos: riñón, hígado, médula ósea” (El Universo [EU], 2012)

1.2 La enfermedad de insuficiencia renal crónica

La insuficiencia renal crónica es una de las enfermedades que tiene avances silenciosos y progresivos. En la actualidad muchas personas padecen este tipo de enfermedad en la cual surgen síntomas que tienen efectos de orden físico y psicológico e interfieren en la vida de los pacientes.

Mientras Rubio Natalia señala el concepto hacia una visión de deterioro progresivo, (Cañadas, 2011) incluye la etiología de esta patología a partir de las etiologías al manifestar que la enfermedad renal crónica es la pérdida permanente e irreversible de la función renal que puede ser el resultado de daño físico y la presencia de alguna enfermedad que dañe los riñones como la diabetes o la presión arterial alta. p59

También el concepto de IRC, según Salvado y Guillén (1990) indican que es un síndrome caracterizado por el deterioro progresivo de la función renal consecuente con la destrucción de la masa nefronal a partir de diversos factores etiológicos, entre los que se encuentran la glomerulonefritis 37%, pielonefritis 11%, riñón poliquístico 9%, neuropatía diabética 9%, hipertensión 7.5% y nefropatía de analgésicos 2%, principalmente”. “En fases avanzadas de la enfermedad, los tratamientos de elección suelen ser diálisis peritoneal continua ambulatoria, la hemodiálisis e incluso el trasplante renal”

1.2.1 Causas

Se puede llegar a desarrollar insuficiencia renal crónica por múltiples etiologías, tanto de carácter congénito y/o hereditario, como adquiridas. Bermejo Rubio Natalia (2009) refiere que en algunos casos el mecanismo que ha dado origen a la insuficiencia renal se desconoce.

A continuación, mencionaremos las causas más comunes en la aparición de la I.R.C: Diabetes, esta enfermedad puede provocar una alteración en los riñones que constituye la principal causa de fallo renal crónico; hipertensión arterial y alteraciones vasculares; dislipemias, altos niveles de colesterol o triglicéridos en la sangre; glomerulonefritis, desestructuración de una parte de la nefrona; enfermedades hereditarias que afecten al riñón como el síndrome de Alport o la poliquistosis renal.

1.2.2 Síntomas

Los síntomas que se pueden presentar cuando la función renal ha empeorado incluyen:

- Piel anormalmente oscura o clara
- Dolor óseo
- Somnolencia o problemas para concentrarse
- Fasciculaciones musculares o calambres
- Problemas de sueño

Los síntomas van a depender del estadio en el que se encuentra cada persona.

1.2.3 Estadios evolutivos

El fallo renal no es una situación abrupta, sino progresiva y muchas veces silenciosa ya que quien la padece suele enterarse cuando está muy avanzada.

Aída Villagrán (2012) extrae información del Manual de Nefrología y menciona que la medición de la aclaramiento de la creatinina (producto de desecho acumulado en la sangre) como una de las causas más comunes para el diagnóstico de la falla renal crónica, es preciso mencionar esta etiología ya que, de acuerdo a dicho criterio, la insuficiencia renal (IRC), según el grado de afectación, se clasifica así:

- **IRC Leve:** En esta etapa no hay prácticamente ningún síntoma relevante y la analítica habitual es casi normal. Podría existir un ligero aumento de la urea o de la creatinina sérica. En esta etapa no hay prácticamente ningún síntoma relevante y la analítica habitual es casi normal. Podría existir un ligero aumento de la urea o de la creatinina sérica.
- **IRC Moderada:** Se presenta ya datos analíticos anormales como son: elevación de la urea, de la creatinina del ácido úrico, fósforo y presencia de anemia. La persona empieza a experimentar astenia, anorexia, debilidad, etc.
- **IRC Grave:** La analítica está muy alterada. Presencia de acidosis por la disminución de bicarbonato, hiperpotasemia ligera, hipocalcemia y anemia. El paciente experimenta picores, calambres, hematomas, desnutrición, etc.
- **IRC Terminal:** Disminución irreversible y progresiva de un número significativo (85%) de nefronas funcionales. El daño a los riñones es irreversible.

1.3 Tratamiento

Los tratamientos sustitutivos tienen como finalidad prolongar la vida y evitar la muerte inmediata del paciente, éstos son:

1.3.1 Hemodiálisis

Es un procedimiento invasivo, de reemplazo de la función renal, a través de la utilización de una máquina, cuya función es eliminar el material de desecho generado por el organismo y que se encuentra acumulado en la sangre, como resultado de la IRCT, así como restablecer el balance químico de la misma, al descartar sustancias químicas que se encuentran en exceso, por medio del dializador que es membrana semipermeable, también llamada riñón artificial.

1.3.2 Diálisis peritoneal

Este procedimiento consiste en colocar en el abdomen del paciente un tubo flexible (catéter) mediante un procedimiento quirúrgico menor. En la diálisis peritoneal se utiliza para la depuración y ultrafiltración la membrana peritoneal, que hace las veces de dializador, a través del cual se filtran los productos de desecho, las sustancias químicas y tóxicos que se encuentran en exceso en la sangre.

1.3.3 Trasplante renal

Consiste en la utilización de un órgano proveniente de un sujeto vivo o cadáver, el que se injerta preferentemente a los vasos ilíacos, del paciente que padece IRCT

1.4 Aspectos psicológicos

“La insuficiencia renal es una enfermedad que afecta el estado de salud emocional, económico y social del paciente ya que al ingresar a los programas de terapia de reemplazo renal; se ven obligados a someterse a un estricto tratamiento”. (Pág. 76)

Cuando llega la enfermedad, se producen una serie de cambios importantes en varios aspectos psicosociales de la persona: la imagen que tenía de sí mismo, visión del futuro, relaciones interpersonales, actividades que realizaba hasta ahora, etc. Existen una serie de factores que van a incidir en el proceso de adaptación.

Las variables más importantes que van a influir en la respuesta del paciente renal ante su nueva situación son las siguientes:

- Edad y/o momento del ciclo vital en el que se ha producido el diagnóstico de la enfermedad.
- El estado físico en el que se encuentra el paciente, es decir, si existen otras enfermedades asociadas.
- La personalidad del paciente; el estilo del pensamiento y el tipo de comportamiento determinarán, en gran medida, el proceso de adaptación.

De acuerdo a (Peña, 2011), nosotros hemos constatado a partir de nuestra experiencia que los pacientes con IRC tienen repercusiones que afectan a su salud física y psicológica, surge una inestabilidad emocional y en la mayoría de los casos los pacientes tienen estrés, ansiedad, apatía, frustración, irritabilidad, ira, sentimientos de inutilidad, baja autoestima insomnio, etc.

Cabe mencionar que cada paciente afronta la enfermedad de manera diferente, sin embargo, en primera instancia para todo el impacto emocional surge a partir del diagnóstico, es por esto la importancia de realizar una intervención psicológica donde exista responsabilidad y compromiso por parte de los pacientes.

1.4.1 Concepto de duelo

Ximena Rodal cita a (Kubler, 1989) e indica que el duelo es “El dolor por cada pérdida que se presenta a lo largo de la vida los seres humanos lo enfrentamos, tratamos de aliviarlo, por medio de una serie de mecanismos psicológicos que se han denominado el proceso del duelo”. (Pág.30)

El duelo es uno de los eventos por el que toda persona suele atravesar, cada ser por su diferente individualidad, conductas personales, componentes de su personalidad que giran en torno a su esfera cognitiva, afectiva y volitiva tienen diferentes formas de afrontar situaciones que provocan dolor por cada pérdida.

El duelo se puede definir como el estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona o cosa amada asociándose a síntomas físicos y emocionales. La pérdida es psicológicamente traumática en la misma medida que una herida o quemadura, por lo cual siempre es dolorosa. Necesita un tiempo y un proceso para volver al equilibrio normal que es lo que constituye el proceso de duelo. (Kubler, 1989, p. 30)

1.4.2 Fases de duelo Kübler –Ross (1926- 2004)

Toda pérdida, conlleva una serie de sintomatologías. Es necesario saber y conocer que la sintomatología puede ser desencadenada por diferentes tipos de pérdidas.

Los pacientes con insuficiencia renal crónica tienen pérdidas que giran en torno a su salud, esto conlleva al cambio en el estilo de vida, muchas veces cambio en sus actividades cotidianas. Por tanto, suelen atravesar por distintas fases de duelo donde sin duda alguna no necesariamente en el orden a continuación mencionado, citaremos a Kübler –Ross (1926- 2004) quien establece varias fases de duelo.

- **Primera fase: Negación y aislamiento:** En esta fase el paciente y/o su familia no acepta el diagnóstico, por lo que hará todo lo posible por negar la realidad. Pensamientos como: “el médico se ha equivocado”, “esto no puede estar ocurriéndome” etc aparecen con facilidad. (Kubler - Ross, 1926). Es decir que existe resistencia a aceptar su realidad. Pueden venir ideas que no la racionalizan, sino que usan mecanismos de defensa temporal ante una noticia impactante.
- **Segunda fase: Ira:** Es el momento en que aparecen preguntas del tipo: “¿Por qué a mí?” o “¿Por qué a él?”. Se genera un intenso sentimiento de ira y hostilidad pudiendo llegar a la agresión activa o pasiva contra cualquier figura de poder: Dios, los médicos, enfermeros, padres. (...) puede impedir una adecuada toma de decisiones para un óptimo devenir de la vida del paciente y su familia. (Kubler - Ross, 1926) es decir que los pacientes al ver que en su vida se presentan muchos cambios significativos, surgen diversas emociones, tales como rabia, impotencia, coraje, malhumor. Suelen volverse hostiles y agresivos con las personas que pretenden ayudarlos, ya que se preocupan por su situación actual. Es una fase difícil de aceptar para el paciente, sus familiares y personas próximas ya que la ira va canalizada contra todos.
- **Tercera fase: Pacto:** Gonzáles Teresa (2013) cita a Kubler Ross y menciona (...) en ella el enfermo ya no desea vivir largos años, sino que espera vivir para cumplir ciertos objetivos temporales. Para ello, muchas veces está dispuesto a una serie de contraprestaciones: observación del tratamiento médico, rezos o asistencia a oficios religiosos, etc. (...) El paciente tiene esperanzas y se aferra a su vida para cumplir objetivos que pueden ser a corto, mediano o largo plazo; la actitud y capacidad de resiliencia con la que enfrente su enfermedad será uno de los principales determinantes en su evolución o involución.
- **Cuarta fase: Depresión:** En esta fase el paciente prepara para la aceptación, pues se es consciente de que se ha producido una pérdida, la pérdida de la salud; En este momento el paciente comienza a tener síntomas

depresivos: Sentimientos de culpa, de inutilidad, de vacío, incapacidad de acción e t c. En esta fase se desencadena el abatimiento y la pérdida de energía propia de los cuadros depresivos. (Kübler Ross 1926 – 2004). Por tanto, es necesario la importancia de la intervención psicológica para la detección de la etiología en la depresión.

En esta fase el paciente descarta el mecanismo de negación, ya que no puede seguir negando su enfermedad, la ira y rabia son sustituidos por la depresión. Algunos pacientes sienten desánimo, pensamientos de derrota, sentimientos de inferioridad, lo cual es perjudicial para el proceso de recuperación.

- **Quinta fase: Aceptación:** Si el paciente y familiares han pasado, o mejor dicho, han sido ayudados a pasar las fases anteriores, al haber podido expresar sus sentimientos, podrán afrontar con mayor serenidad las nuevas pautas que marcarán su futuro, instaurándose una mayor calidad de vida. (Kübler Ross 1926). En esta última fase el paciente tiene conciencia sobre su enfermedad, las fases anteriores probablemente las pueden haber superados. Es indispensable la intervención psicológica, tanto para los pacientes y familiares desde las primeras fases ya que así hay posibilidades de obtener resultados positivos en el proceso de pérdida de salud. Las citadas fases no se producen necesariamente de manera sucesiva. Además, se puede volver a una fase anterior, aunque se esté en una más avanzada, o por el contrario pasar de la inicial a una más posterior.

1.4.3 Afrontamiento

(Aída Villagrán, 2012) cita a Lazarus, quien refiere que afrontamiento, “Son esfuerzos cognitivos y conductuales realizados con el objeto de dominar, reducir o tolerar las demandas externas e internas generadas por un evento estresante que exceden la capacidad del individuo”. (p.52)

Lazarus, ante el término afrontamiento tiene una percepción sobre estrategias cognitivas y conductuales. (Rodríguez, 1995) manifiesta que afrontamiento es “El conjunto de respuestas que se despliegan ante un evento estresante con la finalidad de reducir los efectos adversos que produce”. (p.52)

Es decir que la percepción de Rodríguez va direccionada a respuestas que surgen ante eventos estresantes.

“Lo que hacen las personas como afrontamiento depende de la situación a la que se enfrentan, las amenazas que supone, el tipo de persona que son

-por ejemplo: sus objetivos, [compromisos, nociones sobre la enfermedad), creencias y los resultados inmediatos de su intento de afrontamiento.” (Lazarus. 2000, p.197).

Los pacientes que asisten a hemodiálisis pueden tener distintas ideas, creencias y emociones ante el mismo diagnóstico, por tanto, diferentes estilos y estrategias de afrontamiento.

1.4.3.1 Estilos de afrontamiento

Los estilos de afrontamiento son más que un conjunto fijo de estrategias de las cuales la persona hace uso cuando las necesita, si bien son más permanentes que las estrategias de afrontamiento, son pautas cambiantes con las cuales responde el sujeto a determinadas situaciones.

Los estilos de afrontamiento pueden dividirse en dos categorías, según Lazarus:

- a) Dirigidas a hacer frente a las circunstancias y solucionarlas (**centradas en el problema**)
- b) Orientadas a regular las respuestas emocionales relacionadas a la situación estresora (**centradas en el control emocional**)
- **Afrontamiento centrado en el problema:** Es un estilo de afrontamiento que “va dirigido a la articulación de una acción para cambiar una situación conflictiva. Esta acción implica la resolución de problemas. Este se pone en práctica cuando la persona valora la situación problema como posible de ser tratada o superada con acciones preventivas, o correctoras, en otras palabras, que se puede hacer algo por resolver el problema.
- **Afrontamiento centrado en la emoción:** Este estilo de afrontamiento se utiliza predominantemente cuando la persona evalúa que no puede hacer nada o muy poco para cambiar la situación real que le genera problema, más si, para dominar o regular de alguna forma las emociones angustiosas que esta le generan.

“Las estrategias centradas en la emoción son necesarias para regular la congoja emocional, como la ansiedad por el sufrimiento que conllevará la enfermedad, el enojo por la fatalidad del padecimiento, la depresión por la pérdida del buen funcionamiento corporal-y pronto la propia vida-, dependiendo de la manera en que hayamos valorado lo que está ocurriendo.”

1.4.3.2 Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento pueden definirse como “intentos cognitivos y/o conductuales que cambian en función a las características del evento estresante y de los efectos que tienen en el ambiente”. Es decir, son puntuales a eventos concretos, a situaciones específicas y son altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes.

Lazarus y Folkman (1986) señalan ocho formas de afrontar las situaciones de estrés:

1. **Confrontación:** Son todas aquellas acciones directas y en cierto grado agresivas para alterar la situación en un intento por resolverla.
2. **Distanciamiento:** Se refiere a todos los esfuerzos que hace el individuo por separarse de la situación, para adaptarse a al problema sin pensar en el.
3. **Autocontrol:** Consiste en los esfuerzos para regular los propios sentimientos, emociones y acciones.
4. **Búsqueda de apoyo social:** Abarca todas las que la persona lleve a cabo para buscar consejo, información o simpatía y comprensión.
5. **Aceptación de la responsabilidad:** Es el reconocimiento de la responsabilidad en el problema.
6. **Huida-evitación:** Se refiere a evitar pensar en aquella situación o evento que nos genera preocupación. Escapando así de pensamientos y emociones angustiosas. Es importante considerar que si bien se evita el problema este no desaparece.
7. **Planificación:** Se refiere a todos aquellos esfuerzos para alterar la situación que involucran una aproximación analítica a ésta.
8. **Reevaluación positiva:** Consiste en los esfuerzos por crear un significado positivo centrándose en el desarrollo personal. Es una reevaluación de la situación de forma que se vea más serena y menos amenazadora.

1.5 Motivación

La palabra motivación deriva del latín *motivus*, que significa «causa del movimiento». La motivación puede definirse como el señalamiento o énfasis que se descubre en una persona hacia un determinado medio de satisfacer una necesidad, creando o aumentando con ello el impulso necesario para que ponga en obra ese medio o esa acción, o bien para que deje de hacerlo. La motivación es un estado interno que activa, dirige y mantiene la conducta.

1.5.1 Tipos de motivación

1.5.1.1 Motivación intrínseca

Baquero y Limón Duque (1999) “La motivación intrínseca se refiere a aquellas acciones del sujeto que este realiza por su propio interés y curiosidad y en donde no hay recompensas externas al sujeto de ningún tipo”. (p.20) La motivación intrínseca es innata, propia del individuo, es decir que aquí no habrá algún factor externo de recompensa, los factores intrínsecos dependen del significado que le dé la persona a lo que hace. Aquí existe especial relevancia factores tales como: la autonomía, maestría y el propósito del individuo. Algunos factores intrínsecos extraídos de la experiencia que obtuvimos con los pacientes giraban en torno a la salud, es decir que es uno de sus propósitos.

1.5.1.2 Motivación extrínseca

María Zulma Lanz (2006) “Es aquella que lleva al individuo a realizar una determinada conducta para satisfacer otros motivos que no son la actividad en sí misma”. La motivación extrínseca es basada en recompensas. Algunos factores extrínsecos que manifestaban los pacientes giraban en torno al dinero, obtenido de su trabajo.

Si bien es cierto, los llamados factores extrínsecos también dependen de esta interpretación de la persona, éstos pueden cambiarse radicalmente de forma muy rápida, mientras que los intrínsecos requieren de un trabajo de asimilación más adecuado a la mente del individuo. Los factores intrínsecos tratan de los deseos de las personas de hacer cosas por el hecho de considerarlas importantes o interesantes.

1.6 Autoestima

El término motivación va muy ligado al término autoestima ya que durante nuestra experiencia pudimos comprobar que la forma como los pacientes vivencian su enfermedad, si están satisfechas determinadas necesidades, esto configura su nivel de autoestima. Si bien es cierto la autoestima puede verse afectada en algunas personas cuando se enfrentan a situaciones difíciles, como en el caso de atravesar por enfermedades crónicas.

A los pacientes que asisten al Servicio de Nefrología, se les aplicó el Inventario de Autoestima de Coopersmith en los cuales obtuvieron 3 pacientes resultados de autoestima alta, a excepción de un paciente ya que el resultado fue autoestima baja. Mediante la aplicación de este inventario se hizo evidente la necesidad de trabajar

en la autoestima, ya que cada persona enfrenta los problemas de manera diferente donde se toma en cuenta el factor de la autoestima y resiliencia.

La autoestima es una evaluación de nuestra personalidad, es hacer una interpelación relacionado con la confianza, respeto, valoración, estima y amor que tengo hacia a mí, apoyándose en una base cognitiva y afectiva, se toma en cuenta características físicas, emocionales y según esa evaluación surge un resultado positivo o negativo hacia mi yo. Coopersmith (1976) menciona que la autoestima es “la evaluación que el individuo hace de sí mismo expresando una actitud de aprobación o desaprobación e indica la extensión en la cual el individuo se cree capaz, significativo y exitoso. En este caso la autoestima es igualmente subjetiva, agregando que el sujeto puede aprobar o no, el resultado de dicha percepción”.

Según La Asociación Nacional para la Autoestima (National Association for Self-Esteem) define autoestima como la experiencia de tener capacidad para enfrentar los desafíos de la vida y ser merecedor de la felicidad. Las personas que tienen una autoestima auténtica y saludable se ven a sí mismas como seres humanos positivos, responsables, constructivos y confiables.

1.6.1 Tipos de autoestima

1.6.1.1 Autoestima baja

La autoestima baja es no aceptarse, no amarse, respetarse ni valorarse. Surge de la autovaloración negativa que tenemos hacia sí mismo. Existe insatisfacción, surge inseguridad, miedo a la crítica y al rechazo, no existe la capacidad de resiliencia para enfrentar los problemas. Muchas veces suele existir una concepción catastrófica y negativa. Algunos de los sentimientos, emociones y actitudes que suelen sentir son sentimientos de inferioridad, inutilidad, desánimo, agresividad, irritabilidad, angustia, ansiedad, depresión, coraje, rabia e impotencia.

Coopersmith s. (1981), manifiesta que “Este nivel de autoestima implica un sentimiento de insatisfacción y carencia de respeto por sí mismo. Presentan un cuadro de desánimo, depresión y aislamiento, incapacidad de expresión y de defensa propia. Se observa también debilidad para hacer frente y vencer las deficiencias. En situaciones grupales el individuo se siente temeroso a provocar el enfado de los demás, mostrándose pasivo y sensible a la crítica. Además, se observa sentimientos de inferioridad e inseguridad, creando envidia y celos por lo que otros poseen manifestando en actitudes de rechazo a los demás, en defensa, renuncia, depresión o agresividad”.

1.6.1.2 Autoestima alta

La autoestima alta se refiere en amarme, respetarme, valorarme, aceptarme, confiar en mí, tener un autoconcepto y autovaloración positiva de mi yo, según mis características físicas, emocionales y sociales. La visión de sí mismo y de sus capacidades es realista y positiva, demuestran sus emociones y sentimientos con mucho asertividad.

Se enfocan en los aspectos positivos de su personalidad y mejoran día a día, no cayendo en el perfeccionismo. Las personas con una autoestima alta tienen capacidad de resiliencia para saber enfrentar las dificultades teniendo mayor equilibrio emocional. Coopersmith (1967), manifiesta que “Las personas con alta autoestima mantienen imágenes constantes de sus capacidades y/o habilidades, desempeñan un rol más activos en sus grupos sociales, expresan sus puntos de vista con frecuencia y afectividad. Tienen un gran sentido de amor propio, cometen errores, pero están inclinados a aprender de ellos”.

1.7 Intervención psicológica.

Desde nuestra perspectiva la intervención psicológica consiste en el accionar del grupo de profesionales en psicología que usan técnicas, instrumentos y metodologías específicas para el cumplimiento de determinados objetivos.

Dionicio Zaldívar la define en función de sus dos variables: problemas psicológicos (dimensión psicológica) y el término intervención; de tal manera que la primera dimensión hace referencia a complicaciones a nivel emocional, cognitivo y comportamental en los sujetos, en tanto que la segunda cuestión implica tomar partido, influir, mediar, etc. Donde recalca que éste consiste en un proceso para provocar un cambio (Zaldívar, 2008).

En definitiva, la intervención psicológica, coincidiendo con las ideas del autor, es un proceso mediante el cual se persigue un cambio, ya sea, modificación de la conducta, la mejora de un estado emocional, la potenciación de recursos personales, orientación en la consecución de objetivos, etc.

La intervención psicológica puede ser de dos tipos, una individual/grupal (pareja, familia u otros) la cual recibe el nombre de psicoterapia y una a nivel psicosocial, en esta última se persigue el bienestar a través del cambio en la comunidad (Zaldívar, 2008)

Nuestro objetivo es centrarnos en la intervención psicológica desde la perspectiva de la psicoterapia, a pesar de ello, tomaremos la libertad para señalar ciertos

aspectos de la intervención a nivel psicosocial, con el único fin de demostrar componentes que se entrecruzan con la psicoterapia.

Enfocaremos nuestro trabajo en la psicoterapia de grupo como forma de intervención específica, haciendo uso de los factores terapéuticos de Yalom, según Francisco Campos Vidal, quien define a los grupos como medios para producir cambios efectivos en los individuos a través de experiencias de experiencias de grupo intencionadas (Konokopka, s. f.)

1.7.1 Objetivo en psicoterapia.

Cuando nos referimos a pacientes con enfermedades catastróficas como el caso de la IRC y reciben tratamiento de hemodiálisis, en nuestra experiencia, es posible realizar un abordaje individual para facilitar el contacto a nivel grupal, ya que generalmente existen resistencias para tratar aspectos personales con otras personas ajenas a su círculo social o familiar.

La psicoterapia busca la sanación de estados alterados en la personalidad de los sujetos, a pesar de ello, ante la presencia de una enfermedad catastrófica la intervención (psicoterapia) opera en función del proceso de duelo, el cómo se adapta a su nueva condición de vida; por esto es preciso hacer mención a las demás esferas de la vida del sujeto, no solo a su personalidad y posibles desórdenes o conflictos sin resolver que imposibiliten a la adherencia al tratamiento, sino al tipo de nexos que tiene con su entorno, conocimientos que tenga en cuanto a la enfermedad, percepción del tratamiento sustitutivo renal, comorbilidad,

La intervención psicológica en el comportamiento del paciente con una enfermedad crónica, a nivel cognitivo, emocional, conductual, social y espiritual, contribuye para un mejor afrontamiento de la enfermedad por parte del paciente, permitiendo una readaptación más rápida, con la finalidad de volver a una nueva faceta de vida igualmente satisfactoria, con la máxima calidad de vida que el curso de la enfermedad lo permita. Gonzáles, Y., Herrera, L. F., Romero, J. L. & Nieves, Z. (2011)

Tal como hemos evidenciado en nuestra experiencia práctica pre profesional, los pacientes, generalmente no reconocen la importancia de la intervención psicológica ante el tratamiento de hemodiálisis, vemos que es posible que aparezcan nuevas complicaciones: depresión, apatía completa al tratamiento de diálisis, dolor, estrés, etc.

Gonzáles et al. (2011) se refieren a esta realidad como subjetivación de la enfermedad pasando por los aspectos cognitivos, afectivos y volitivos, frente a la

enfermedad; de ahí la importancia de la intervención psicológica para el acompañamiento al paciente que ha de hacer frente a esta situación con la que necesita lidiar, a esto se conoce como acompañamiento psicológico.

1.7.2 El acompañamiento psicológico

El acompañamiento psicológico se considera como un accionar del profesional en psicología para brindar contención emocional a los pacientes para que puedan manejar sus impulsos y sentimientos Raffo P., Wurts C., Aguilar P., Centro de Atención psicosocial (CAPS) y Cánepa M. (s. f.)

Es cierto que la psicoterapia puede hacer esto, su distinción temporal radica en que la psicoterapia tiene sesiones relativamente breves, el acompañamiento es más prolongado.

Ahora bien, analizando el acompañamiento psicológico, consideramos las similitudes que manejan con la psicoterapia, encaminada a que los sujetos tengan un mayor equilibrio de su mundo emocional, generar autonomía, conductas saludables, potencializar los recursos de los sujetos, reducir síntomas (Zaldivar, 2008, p. 17).

Por consiguiente, consideramos que en la psicoterapia se lleva a cabo un acompañamiento psicológico desde el momento que se tiene contacto con los pacientes, cuando se usa la escucha activa, empatía, intervenciones puntuales y precisas, la actitud del profesional, etc., se convierten en el soporte emocional de los pacientes y procuran el cambio, que ha de propiciar el mismo sujeto consultante.

1.7.3 Psicoterapia de grupo.

La intervención psicológica bajo la modalidad de psicoterapia responde a un marco conceptual preestablecido por el profesional en cuestión, es así que existen diversos modelos de intervención psicoterapéutica. Cognitivos conductuales, psicodinámicos, humanistas, entre otros.

Somos partidarios de que la personalidad no puede ser comprendida desde una sola vertiente psicológica, sin desmerecer obviamente los fundamentos teóricos más importantes que han marcado la psicología; Nuestro pensamiento nos lleva a simpatizar con el enfoque holístico, la personalidad envuelta en un todo, sin determinantes exactos ni fijos. Irvin Yalom es un reconocido psicoterapeuta y psiquiatra que postuló once factores de terapia de grupo, aunque es un autor existencialista es justo reconocer que el humanismo-existencial o tercera fuerza mantiene conceptos que en menor o mayor medida involucran a los demás modelos

teóricos, debido a sus concepciones amplias en cuanto a condición de ser humano. (Dicaprio, 1996, p.280).

Como hemos mencionado anteriormente, nuestro trabajo se desarrollará bajo los conceptos de grupo terapéutico, de hecho, la metodología empleada para su realización fue deductiva, concepción compatible con la metodología de educación popular, es decir, los enfoques psicosociales de intervención.

Vinogradov y Yalom nos presentan una concepción de psicoterapia de grupo: “Es la aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo de pacientes, aunque no solo se reduce a ello (...) Se utilizan para efectuar cambios en la conducta inadaptada de cada uno de los miembros del grupo” (Vinogradov y Yalom, 1996, p. 15) Con los grupos terapéuticos existen tres variables² muy necesarias a considerar ya que estas definen la estructura y forma del grupo, de acuerdo a los autores antes mencionados las variables o características son:

- El escenario
- Los objetivos
- Marco temporal

Dichos autores en su obra refieren estas características dentro del alcance y campo de la práctica actual de la psicoterapia de grupo, no nos detendremos a analizar cada componente más allá del que nos compete.

Los escenarios son diversos dependiendo del tipo de pacientes y atención que reciben, por un lado, los pacientes internos, cuya particularidad es que residen en el centro de atención y los externos que reciben atención ambulatoria, en el caso de los pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis su contexto es el de una clínica médica especializada, este es el nombre dado por los autores, pero nuestros pacientes, población meta de esta sistematización asisten a un hospital.

Los objetivos del grupo en el caso de nuestros pacientes giran en torno al apoyo, educación y socialización, aspectos que conoceremos más adelante.

El marco temporal para este tipo de grupos es indefinido desde las consideraciones de los autores, pese a esto, existen ciertas limitaciones que también es preciso considerar, como la permanencia del personal encargado de la psicoterapia, este punto será considerado en su correspondiente sección de la sistematización.

² Guía breve de psicoterapia de grupo, Vinogradov y Yalom, 1996. Cuadro 1: Alcance y campo de la práctica actual de la psicoterapia de grupo. P. 16

Ahora bien, haremos referencia a los once factores de terapia de grupo desarrollados por Yalom. Una terapia del aquí y el ahora que a su vez no se contrapone a que el paciente haga una exploración de su historia (Piastra J. 2015, p. 233), aspecto compatible con la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica de la cual tomamos los modos de intervención verbal y buscamos el acercamiento a los pacientes.

1.7.4 Factores psicoterapéuticos

a) Infundir esperanza.

Vidal cuando cita a Yalom (1996:25 y ss.; 2000:26) indica que la esperanza tiene que ver con la fe por parte del cliente de que el procedimiento terapéutico es efectivo.

Consideramos que el infundir la esperanza, depende del tipo de intervención, de las particularidades de los profesionales involucrados en el proceso, sean actitudes, profesionalismo, escucha activa, técnicas o dinámicas que permitan el desarrollo de la empatía.

Y por otro lado en qué cambios pueden surgir en ellos, en este caso sabemos que la IRC no es un estado a modificar, pero sí el modo como lo vivencian, es decir, el proceso de duelo que ya hemos explicado puede verse entrecruzado con otras complicaciones las cuales a su vez afectan a la adherencia al tratamiento sustitutivo renal.

Es por esto que para este punto resulta necesario que el profesional encargado de la intervención, sea el primero en reconocer que los pacientes tienen un potencial que parte de su historia y por el cual pueden gestarse cambios, tal como indica Campos Vidal (2000)

b) Universalidad

Es un factor que permite la cohesión grupal y conecta los demás factores (Yalom); busca romper el aislamiento de cada paciente y llegue a comprender que su realidad, su condición la vivencian otros de diferente forma. Lo cual implica un proceso reflexivo de autoevaluación, pero este proceso responde a otro factor que mencionaremos dentro de poco.

c) Transmisión de información

Consideramos pertinente que, en el proceso de intervención, los pacientes tienen el derecho de saber qué se va a trabajar con ellos, qué procedimientos se seguirán y en última instancia contar con su consentimiento. Lo mismo ocurre con temáticas que los pacientes refieren querer conocer para manejar

situaciones estresantes, ya sea por la enfermedad o cualquier otra complicación.

Concebimos la idea que es necesario que los pacientes se sientan parte del proceso, sujetos que interactúan con otros sujetos, los cuales poseen una serie de herramientas para trabajar con ellos en función de objetivos establecidos, Campos Vidal, 2000 “Así pues, el “saber” lo que está sucediendo, lo que va a suceder y el cómo sucede permiten al sujeto participe del grupo recuperar la percepción del control de los acontecimientos y del autocontrol” (p. 214).

d) Altruismo

En el grupo se estimulan y posibilitan la ayuda mutua y la conducta altruista Campos Vidal, 2000, p. 218. Cuando las relaciones dentro del grupo se desarrollan de manera lenta, el altruismo no es notorio salvo en determinadas actividades que facilitan la interacción como el compartir en plenaria lo desarrollado en particular y más aún, dar una apreciación sobre lo que el otro manifiesta. Campos Vidal, 2000 “El impacto recíproco de la conducta altruista, en tanto que factor terapéutico de gran potencia, es múltiple. Para el que recibe: apoyo emocional, aceptación, confirmación, información, ayuda en las estrategias de cambio, *feedbacks* correctores, comprensión”. p. 219.

Resulta importante la conducta altruista por parte de un compañero del grupo, porque para el que recibe se trata de un nexo con alguien que está en su misma condición y por tanto comprende muy bien lo que siente y piensa. Para el que ejecuta la conducta es un reforzador de actitudes positivas que por consiguiente refuerzan la autoestima (Campos Vidal, 2000, p. 219).

e) Recapitulación correctiva de isomorfismo

Desde este factor psicoterapéutico Campos Vidal refiere que los comportamientos propios de la persona, procedentes de su grupo primario, la familia, suelen ser reproducidos por esta en otros contextos, pero lo apunta desde una óptica negativa, al citar a Fishman, 21; indica que, entre mayor disfuncionalidad en el sistema familiar, mayor posibilidad de isomorfismos en otros contextos, como sería este caso, el grupo terapéutico. De hecho, pacientes difíciles que cooperan muy poco, resistentes a hablar o expresarse con alguien ajeno a su entorno socio-familiar, son un caso evidente de estos conceptos. (Campos Vidal, 2000, p. 220)

Es aquí donde coincidimos con Campos Vidal al manifestar el cómo vencer o superar este tipo de dificultades, ya que es parte del adiestramiento del profesional, haciendo uso de dinámicas que permitan salir a los pacientes de su comodidad al encuentro con las experiencias ajenas compartidas con el otro, el grupo. Las preguntas e intervenciones necesarias que hagan eco en su discurso, tales como: señalamiento, esclarecimiento, recapitulación, con el fin de que se comprenda y haya un insight eficaz. “En este caso, el profesional debe examinar y cuestionar los roles fijos existentes, así como las pautas transaccionales repetitivas entre el sujeto y el grupo, induciendo y alentado nuevos comportamientos”. (Campos Vidal, 2000, p.220)

f) Socialización.

La esencia de la socialización es la interacción misma que se basa en recibir y retroalimentar, sabemos que en ese camino es como se refuerzan o mantienen determinadas respuestas, como se establecen los vínculos entre cada miembro del grupo, Campos Vidal, 2000 “El despliegue y la exhibición de conductas, ideas, valores y pautas de comportamientos, sean éstas apropiadas o inapropiadas, recibirá a su vez numerosos *feedbacks* correctores o confirmadores que no son ni neutrales ni inocuos al resto de partícipes del grupo”. (P. 221)

g) Conducta imitativa

Este factor lo encontramos muy relacionado con la universalidad, corrección reactiva de isomorfismo y el anterior, socialización; pues si un miembro del grupo se resiste a participar de la intervención, tarde o temprano se verá atraído a ser partícipe pues el comportamiento de los demás incide en su modo de proceder, es lo que llamaríamos “presión social”.

(...) la esencia del grupo es la relación multipolar. Si eso es así, cabe esperar que los miembros del grupo ejerzan su influencia unos sobre otros y que, en consecuencia, tengan la posibilidad de observar, ensayar y aprender o rechazar formas distintas de comprender lo que está sucediendo, de afrontar problemas, de expresar emociones, de entender la vida, de expresarse, de razonar, de relacionarse y de comportarse. (Campos Vidal, 2000, p. 222)

h) Expresión de emociones.

La catarsis como herramienta de intervención psicológica, hemos evidenciado que genera un clima único en el grupo, para llegar al punto en que las barreras han sido vencidas y las emociones salen a flor de piel, del

cual pueden surgir nuevas perspectivas, tanto del sí mismo como del otro, también del proceso mismo de intervención. Campos Vidal, 2000 “La expresión de emociones en el marco del grupo es un factor terapéutico que, ligado a la universalidad y la cohesión grupal, genera un significativo alivio, una descarga emocional que es reconfortante, *pero que no genera necesariamente cambio alguno*” (p.222)

i) Cohesión

Cuando logramos la interacción entre los miembros del grupo, el intercambio de experiencias, criterios e ideas hacen que se sientan pertenecientes a un grupo en el cual van tomando identidad, de manera que la sensación de bienestar o agrado surge en función de los significantes que le otorga cada miembro del grupo a sus nuevas vivencias. (Campos Vidal, 2000, p.224)

Con la cohesión garantizamos ese vínculo agradable que los integrantes del grupo establecen y por el cual toman identidad grupal.

j) Aprendizaje interpersonal

Campos Vidal, 2000, El concepto de “*Niveles de Percepción*” hace referencia a que mi experiencia al desarrollo no sólo en base a “*la visión que yo tengo de mí mismo*” (ego), o a “*la visión que tengo del otro*”, sino a “*la visión de la visión que el otro tiene de mí*”, es decir, “*cómo yo creo que el otro me ve*”. P. 226

Este factor terapéutico es necesario para el autoconocimiento del paciente y a la vez en la posibilidad de cambio, ya que se ubica en la posición, otros atraviesan una situación similar a la mía, ¿qué hago para mejorar mi situación?, es una revaloración de mis vivencias.

Conclusión de factores psicoterapéuticos

“Los factores terapéuticos abarcan los aspectos relacionales, comunicacionales, cognitivos, conductuales y emocionales, de origen e implicación intra e interpersonales, que se despliegan en el desarrollo de un Trabajo Social de Grupo eficaz” (Campos Vidal, 2000, .227) En este trabajo se plantean los factores terapéuticos, cómo estos generan cambios en los grupos terapéuticos, comprendidos como facilitadores del cambio a nivel individual, grupal y comunitario, cuando el grupo es el que procura cambios de mayor envergadura. Estos factores inciden desde instancias intrapsíquicas, conflictos internos, modo de percepción, vivencia de su realidad, hasta aspectos relacionales, identificación, retroalimentación, proactividad y crecimiento mutuo.

2. Metodología de la sistematización

Esta sistematización de experiencias la realizamos; J F C L; J J C V. estudiantes del último año de la carrera de psicología, como obtención del título de psicólogos en la Facultad De Ciencias Psicológicas de La Universidad de Guayaquil. Tomamos como referente vivencial nuestras pasantías efectuadas en el Hospital Docente de la Policía Nacional G-2 con los pacientes crónicos renales que asisten al servicio de hemodiálisis, en los horarios lunes, miércoles y viernes, de 12:00 pm a 16:00 pm, contando con cuatro pacientes con los que se elaboró de forma constante las distintas actividades.

El contacto con el servicio de enfermería y la población meta de este trabajo se realizó previa coordinación con el jefe del servicio de Nefrología de esta casa de salud.

2.1 Enfoque metodológico

En cuanto a la metodología empleada para el desarrollo de la experiencia recurrimos al método clínico bajo los lineamientos del enfoque cualitativo

El plan de trabajo estuvo diseñado para ejecutar dos etapas o momentos: exploración e intervención. Se utilizaron técnicas:

2.2 Técnicas

- Técnicas de relajación
- Técnicas de visualización
- P.n.i
- **Dinámicas**
 - Silueta humana
 - Casa
 - Nombre-fruta
 - ¿Con qué llegué? ¿Con qué me voy?

2.3 Instrumentos

- Entrevista semiestructurada
- Cuestionario de síntomas SRQ)
- Test de Zung
- Inventario de autoestima Coopersmith

En cada sesión se contó con la presencia de un terapeuta, coterapeuta y observador; los roles fueron rotativos. Se efectuaron trabajos a nivel grupal en técnicas de relajación durante la fase exploratoria; para la fase de intervención se realizó un abordaje grupal con el fin de motivar y ambientar, luego individual para elaborar las temáticas pertinentes y otra sección grupal para compartir en plenaria.

2.4 Materiales usados:

- Archivos multimedia (música relajante),
- Computadora, laptop
- Hojas A4
- Plumas
- Cuadernos
- Tablas de soporte
- Papelógrafo.

2.5 Valoración general del proceso e instrumentos de sistematización

La intervención psicológica, como proceso de evaluación y exploración cumplió con los siguientes criterios

- Acercamiento a la realidad de los pacientes
- Recolección de datos cualitativos y psicométricos. test
- Establecimiento de empatía
- Delimitación de los objetivos para la intervención

En cambio, en la segunda etapa del proceso de intervención propiamente dicha.

- Insight
- Aplicación de los factores terapéuticos
- Alcance de cambios significativos

2.6 Evaluación cualitativa, acuerdos y compromisos

2.6.1 Técnicas de relajación

El uso de la técnica fue apropiado dentro del proceso de exploración a la vez que permitió reducir los niveles de ansiedad en los pacientes durante las primeras sesiones. Permitió la elaboración de contenidos motivacionales.

- **P.n.i.**

Esta técnica permitió conocer la percepción de los pacientes en cuanto a la intervención realizada y la sensación de bienestar en ellos.

- **Dinámicas**

- **Silueta humana**

Esta dinámica fue muy productiva ya que los pacientes afloraron situaciones conflictivas pasadas, con lo que surgió la cohesión grupal y manifestación de sentimientos.

- **Casa**

Con esta dinámica fue manifiesto el sentido de la familia para cada uno de los miembros del grupo, por tanto, valoramos a la familia como la red de apoyo primaria por excelencia.

- **Nombre-fruta**

Permitió romper el hielo entre los pacientes mediante el surgimiento de emociones positivas, también aumentó la simpatía con los pasantes de psicología.

- **¿Con qué llegué? ¿Con qué me voy?**

Dio apertura para conocer el estado inicial y de cierre del bienestar psicológico de los pacientes.

2.6.2 Instrumentos

- **Entrevista semiestructurada**

Fue pertinente en cuanto permitió guiar la obtención de información a su vez que dio la libertad para explorar contenidos no previstos en la planificación.

- **Cuestionario de síntomas (SRQ)**

Sirvió como aproximación de síntomas de ansiedad, depresión, estrés, psicóticos y neurológicos. Pese a esto reconocemos que muchos de los síntomas, como alimentación, sensaciones desagradables, ritmo del sueño, son manifestaciones propias de la IRC y no de ansiedad o depresión exclusivamente. Por eso es preciso hacer una valoración cualitativa de cada afirmación.

- **Test de Zung (Depresión)**

Al igual que el cuestionario anterior, existen afirmaciones que precisan de explorar cualitativamente durante la aplicación del test.

- **Coopersmith**

El uso de este instrumento requiere el mismo tipo de exploración que los dos anteriores, su aplicación fue efectiva para descubrir el tipo de autoestima en los pacientes. Es necesario indicar alguna observación muy evidente.

3. Descripción de experiencias

El trabajo realizado con los pacientes de hemodiálisis fue ejecutado por motivo de las pasantías que realizamos en el Hospital de la Policía, debido al mutuo acuerdo de esta institución junto a la Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad de Guayaquil.

De manera que las actividades realizadas con los pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden al servicio de hemodiálisis, forman parte del conglomerado de actividades que se desempeñaron sistemáticamente durante el periodo de las pasantías.

Por tanto, como requerimiento académico en la formación profesional de nosotros como pasantes de psicología que culminamos nuestro proceso formativo-práctico en esta casa de salud, efectuamos con dichos pacientes, un modelo de intervención con formato de grupo terapéutico.

Dicho proceso fue realizado del 6 al 27 de noviembre del 2015, necesitando el previo acuerdo entre el Dr. Gilbert Jácome, coordinador del departamento de psicología y el Dr. Edén Romero, coordinador del servicio de hemodiálisis.

El servicio de hemodiálisis presenta dos horarios de atención.

Primer grupo: lunes, miércoles y viernes de 12: 00 pm a 16: 00 h pm

Segundo grupo: martes, jueves y sábado, de 6: 00 am a 11: 00 am.

El recurso humano que participó en el proyecto son los pacientes que acuden al Servicio de Nefrología (Área Hemodiálisis) en el Hospital Docente de la Policía Nacional G-2.

Pacientes del área de hemodiálisis

- Mario Buenaño
- Luis Acurio
- Marcos Vascones
- Esteban Muñoz

3.1 El objetivo específico de la sistematización de experiencias

Brindar intervención psicológica como factor motivacional para la aceptación de la enfermedad de los pacientes con insuficiencia renal crónica del Hospital Docente de la Policía Nacional G-2.

3.1.1 El impacto logrado

- Concienciación acerca de la intervención psicológica sobre el manejo de conflictos emocionales, esclarecimiento de información y modificación perceptiva de la autoestima, aspecto socio – familiar y casa de salud, instauración de hábitos que beneficien a su salud.
- Sensibilización ante las realidades de cada paciente que permitan romper las resistencias, generando compañerismo y cohesión grupal.

3.2 Planificación de cada una de las fases

El plan de intervención terapéutica efectuado con los pacientes fue realizado bajo tres etapas:

Fase exploratoria: Aproximación a la realidad de los pacientes renales crónicos, generando empatía con el uso de las técnicas de relajación, visualización, respiración diafragmática. Identificación de problemáticas y generar demandas. Para ello fueron necesarias tres sesiones, en las que, además de los ejercicios antes mencionados, indagamos sobre las fases del proceso de duelo, autoestima y eficacia personal; identificación de necesidades.

Fase de intervención: Aplicación de técnicas e instrumentos para el abordaje de situaciones específicas. Para esta fase ejecutamos tres sesiones en las que abordamos: aspectos personológicos para validar su capacidad de resiliencia, dinámica de grupo y motivación.

Fase de evaluación y cierre del proceso: En la que se realizó una integración de lo desarrollado en las etapas anteriores, como también la valoración, por parte de los pacientes renales actores del proceso; acerca del desempeño de los pasantes de psicología y resultados obtenidos. En esta etapa utilizamos una sesión donde se realizó una rememoración de todo el proceso realizado con los pacientes, centrándonos en los aspectos positivos, negativos, sugerencias y pertinencia del tratamiento.

3.3 Diseño y planificación

De acuerdo al plan diseñado para el trabajo con los pacientes, se desarrollaron las sesiones con técnicas y herramientas narrativas. Haciendo uso de:

- Historia clínica
- Instrumentos
 - Entrevistas semiestructuradas.
 - Tests
 - Observación
 - Cuestionario de síntomas SRQ
 - Inventario de autoestima CooperSmith
 - Test de Zung
- Técnicas
 - Técnica de relajación con sugerencia de imágenes
 - P.n.i
 - Dinámicas
 - Silueta persona
 - Dibujo casa
 - Nombre fruta
 - ¿Con qué llegué? ¿Con qué me voy?
- Otras herramientas
 - Catarsis
 - Rapport
 - Elementos terapéuticos verbales
 - Esclarecimiento
 - Señalamiento
 - Recapitulación
 - Cuestionamiento

3.4 Implementación

La intervención psicológica que se realizará con los pacientes que tienen I.R.C está estructurada por 7 sesiones en total, cada una consta de diferentes temas, objetivos y técnicas que a continuación serán más detalladas.

3.4.1 Sesiones:

Sesión 1

Tema: Vivencia de la enfermedad

1. **Objetivo:** Indagar las fases de duelo.

2. Técnicas: De relajación (Respiración diafragmática y visualización)

3. Banco de preguntas:

- ¿Qué significó para ustedes el diagnóstico de su enfermedad? (Lo que sintieron y pensaron, su reacción y la de sus familiares)
- ¿Qué conocimientos e ideas tenían acerca de su enfermedad? (Miedos, temores, incertidumbres, dudas, creencias)
- ¿Cómo ha sido su experiencia en el tratamiento?
- ¿Qué cambios han surgido desde que presentaron esta enfermedad?
 - Familiar
 - Laboral
 - Social
 - Personal (autoestima, hábitos alimenticios, etc.)
 - Económicos
- ¿En qué momento de sus vidas se encontraban cuando fueron diagnosticados con IR?

Sesión no. 2

Tema: Autoestima-eficacia personal.

1. Objetivo: Reconocer su capacidad para alcanzar objetivos, metas

2. Técnicas: De relajación

3. Banco de preguntas:

- Proyecto de vida (metas cumplidas) (lo que quedó pendiente) ej: máximo 5 Cosas que logró cumplir, por orden de importancia. (Máximo 5 cosas que no logró cumplir o quedaron pendientes, orden de importancia, objetivos)
- Indagar sobre conocimientos que tenían sobre la enfermedad (en función de ello, el surgimiento de ideas irracionales, miedos, etc.)
- El ejercicio de relajación enfocado a la imaginación de un lugar específico: playa, campo, templo, etc.

Sesión no. 3

Tema: Identificación de las necesidades del paciente.

1. Objetivo: Identificar necesidades en los pacientes.

2. Técnicas: De relajación

- Ficha clínica psicológica
- Test
 - Cuestionario de Síntomas SRQ
 - Inventario de Autoestima de Coopersmith
 - Test de Zung

Sesión no. 4

Tema: Autoestima-Aspectos personológicos

- 1. Objetivo:** Conocer aspectos personológicos para que validen su capacidad de resiliencia.
- 2. Técnicas:** De relajación
- 3. Banco de preguntas:**
 - **Habilidades, destrezas y Virtudes**
 - **Destacar aspectos positivos de su personalidad**
 - **¿Cómo suelen ser sus reacciones ante situaciones difíciles?**
 - **¿Qué valoración pueden hacer sobre la vida a partir de sus experiencias?**

Sesión No. 5

Tema: Dinámica de grupo.

- 1. Objetivo:** Reconocer diferencias y aspectos en común
- 2. Dinámica:** Silueta humana
- 3. Banco de preguntas:**
 - **¿Qué ve?**
 - **¿Qué le falta al dibujo?**
 - **Identifíquelo**
 - **Nombre**
 - **Edad**
 - **Lugar de procedencia y de actual vivienda**
 - **Estado de ánimo o emoción**
 - **¿Qué le gusta?**
 - **¿Qué no le gusta?**
 - **¿En qué se identifica con el dibujo?**

Sesión 6

Tema: Motivación

- 1. Objetivo:** Encontrar las principales motivaciones de su entorno socio – familiar
- 2. Técnica proyectiva:** casa
- 3. Banco de preguntas**
 - **¿Qué es lo primero que se le viene a su mente al ver esta imagen?**

- ¿En la casa habitan personas o está desolada?
- ¿Qué les gusta de la casa?
- ¿Qué le hace falta a la casa?

Sesión No. 7

Tema: Cierre y evaluación del proceso terapéutico

- 1. Objetivo:** Evaluación de la eficacia y pertinencia del proceso terapéutico
- 2. Instrumento:** Escala de valoración
- 3. Banco de preguntas:**
 - **Recapitulación de todas las sesiones terapéuticas**
 - Vivencia de la enfermedad
 - Autoestima
 - Eficacia personal
 - Dinámica de grupo
 - Necesidades
 - **Dar frases a cada uno de los pacientes con los que hemos trabajado de forma individual.**
 - **Evaluación de lo positivo, negativo y sugerencias de las sesiones terapéuticas.**
 - **Dinámica de grupo: Integración**
 - ¿Con qué llegue? ¿Con qué me voy?

4. Recuperación del proceso

4.1 La intervención psicológica como factor motivacional para la aceptación de la enfermedad

Nuestra consideración sobre la experiencia será valorada en función del eje de sistematización que es la parte axial de nuestro trabajo.

4.1.1 La intervención psicológica como proceso

El proceso de intervención psicológica realizado con los pacientes, bajo la modalidad de grupo terapéutico, encaminado al desarrollo de 7 sesiones previamente planificadas como exploración, intervención y cierre.

4.1.1.1 Personal técnico

Cuatro pasantes de psicología encargados de planificar y ejecutar cada uno de los objetivos planteados durante el proceso de la intervención. Con la disposición de los roles Terapeuta, co-terapeuta y observadores, siendo estos rotativos para que haya un acercamiento a la experiencia desde cada ángulo de la intervención.

4.1.1.2 Estructura y tipo de intervención

En consideración a aspectos contextuales tales como la concurrencia de los pacientes en la sala de hemodiálisis, el tipo de trabajo realizado con los mismos es de grupo terapéutico, procurando la cohesión grupal como establecimiento principal del apoyo entre miembros de un grupo. A través del proceso de intervención psicológica.

Sesiones

Cada sesión está compuesta de un determinado tema que va desde la concepción de la enfermedad, considerando las fases de duelo, hasta la valoración que hacen los pacientes sobre el proceso de atención psicológica. La meta es alcanzar un determinado objetivo en cada encuentro, procurando la interacción grupal y proporcionar atención psicológica desde una óptica de escucha activa, empatía y motivación

.

Materiales

Para la realización de cada sesión fue preciso hacer uso de implementos como material multimedia, hojas A4, Tests psicológicos, papelógrafo, bolígrafos, para cada una de las determinadas actividades a realizar. Este apartado será desarrollado en su determinado lugar correspondiente en la sistematización.

Participantes

Los pacientes renales que formaron parte de esta experiencia; a continuación, sus nombres y consigo su código de identificación en cada una de sus intervenciones.

- Luis Acurio (LA)
- Mario Buenaño (MB)
- Esteban Muñoz (EM)
- Marco Vascones (MV)

4.1.1.3 Uso de técnicas y establecimiento de rapport

Las técnicas de relajación

Fueron encaminadas a dar una atención rápida a una demanda no manifiesta en los pacientes, pero que era implícita en los antecedentes no escritos por parte del personal médico y el coordinador del departamento de psicología, ya que anteriormente los demás pasantes en salud mental habían realizado técnicas de relajación para lograr la reducción de estrés en dicha población.

Optamos por las técnicas de visualización, acompañada de respiración diafragmática.

4.1.1.4 Aplicación de Instrumentos

Para la tercera sesión, el objetivo fue la elaboración de una historia clínica de los pacientes, para ello hicimos uso de soporte técnico para la obtención de la información respecto a los antecedentes personales y familiares y la enfermedad actual.

SRQ (Cuestionario de síntomas)

Valoramos en la aplicación de esta prueba que en los pacientes con IRC los síntomas pueden ser ocasionados a causa de la enfermedad, independiente de presentar alguna manifestación psicológica. Naturalmente se requiere tener una puntuación superior a 12 para ser considerada relevante, pese a esto, en función de la realidad de dicha población tomaremos en cuenta sus resultados.

LA obtuvo una respuesta positiva referente a tristeza a causa de la muerte de un hijo. **MB** fue quien tuvo el puntaje más elevado del grupo, 9 puntos, relacionados con depresión, refirió que duerme mal, sufre de temblor en las manos, se siente tenso, nervioso, aburrido, triste, tiene llanto fácil, dificultades para tomar decisiones y hacer su trabajo, se siente incapaz y ha perdido interés en realizar algunas actividades.

EM obtuvo una puntuación de 6, manifiesta que se siente nervioso, tenso, aburrido, sufre de mala digestión, tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias, sensaciones desagradables en su estómago, se cansa con facilidad. Tal parece ser que sus síntomas son somatizaciones de un manejo inadecuado de sus emociones frente a situaciones estresantes de su cotidianidad.

El paciente **MV** obtuvo una puntuación de 3 puntos referentes a ansiedad, indicando que a veces no se puede concentrar y no puede pensar con claridad, tiene sensaciones desagradables en su estómago y dificultades en disfrutar sus actividades diarias. Lo que consideramos como sintomatología de estrés.

Inventario de Autoestima Coopersmith

Con esta prueba nos encontramos que la mayoría de los pacientes presentan una percepción positiva sobre ellos mismos, de lo cual obtuvieron buenos resultados al respecto.

Pese a esto, **MB** alcanzó 12 puntos, lo cual indica una autoestima baja. Es importante trabajar en fomentar una autoestima saludable, ya que el paciente tiene sentimientos de inferioridad e inutilidad, lo cual interfiere en las actividades de su vida cotidiana, según lo observado, se debe a conflictos dentro de su red de apoyo primaria.

Test de Zung (depresión)

Con este test se logró constatar técnicamente que los pacientes están fuera de una depresión evidente o que requiere atención clínica, los puntajes tienen un rango de 23 a 43.

4.1.2 Competencias del personal

Habilidades interpersonales

El interés, responsabilidad y respeto hacia cada paciente, son elementos que irremediablemente vincularon a los participantes al proceso de atención psicológica. Nos dimos cuenta que motivar constantemente a participar en cada sesión, darles

la atención requerida, ocasionó un efecto positivo en los pacientes, permitiendo su integración a las actividades.

- **LA:** *"Nos sentimos abandonados" "es bueno sentir que también nos toman en cuenta"*

Capacidad para identificar, plantear y resolver problemas

Los pedidos de ayuda que realizaron las pacientes, ya avanzadas las sesiones fueron en relación a la adaptación al medio.

- **Acompañamiento psicológico durante el tratamiento de diálisis:** *"Deseo que nos sigan motivando y animando ya que recibir atención psicológica es muy importante porque levanta el ánimo". (LA)*
- **Incorporación de estrategias de afrontamiento ante situaciones difíciles:** *"Quisiera saber enfrentar de manera correcta los problemas que se me presentan día a día". (MB)*
- **Gestión de sus emociones:** *"Quisiera que no me afecten mucho los problemas, a veces me pongo de mal humor, pero después se me pasa". (EM)*

Incorporación de una mejor actitud para enfrentar los problemas: *"Quisiera tener una mejor actitud para enfrentar los problemas". (MV)*

Capacidad de motivar y conducir hacia metas comunes

- **Respuesta al trabajo realizado**

En la intervención psicológica es necesario la existencia del experto, que proporciona elementos técnicos y conocimientos y un consultante, el feedback que se obtenga del consultante puede dar a entender el impacto alcanzado por el personal.

LA y EM fueron entusiastas al realizar dichas técnicas, tuvieron un estado de ánimo con afecto positivo ya que sonreían y fueron entusiastas. También fue evidente su actitud proactiva al tener iniciativa en compartir su experiencia.

- **Sentido de bienestar**

(EM) *Los juegos ponen a desarrollar la mente. Hemos sacado provecho mutuo.*

(AL) *integrarnos y animarnos, sentirnos como una familia". "Los temas que escojan sigan siendo de acuerdo a nuestras necesidades.*

(MB) compartir estas horas con nosotros, uno se siente bien.

(MV) “Es bueno interactuar entre nosotros, esto nos permite expresarnos. Su forma de trabajar ha sido muy dinámica

Capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica

- **La dinámica usada se llama Nombre fruta**, como forma de ejercitar la memoria y de generar empatía entre los pacientes, lo cual no solo logró su cometido, sino que liberó del ambiente tenso que suele generarse en encuentros donde los participantes no dan la iniciativa para interactuar con el otro.

Llegando a la fase de cierre, los pacientes hicieron una valoración positiva del encuentro en especial la apreciación de LA que expresó:

“Esto que ustedes han hecho es muy bueno, porque así ya uno va conociendo más a los compañeros”

Capacidad creativa e innovadora

Partimos de la idea de presentar una actividad más participativa e integradora, lograr que los pacientes se identifiquen como grupo, donde puedan encontrarse como personas que, a pesar de sus diferencias, tienen aspectos en común, ya que encontramos que, como pacientes que comparten una misma realidad, valga entenderse la IRC; pueden funcionar como red de apoyo entre sí mismos.

Realizamos **el dibujo de una silueta humana**, para que sirviera como técnica proyectiva y así vencer resistencias.

LA: *“se ve triste, tiene los brazos caídos”; “Se llama Eva, tiene 15 años y está triste porque tiene problemas económicos, estudiantil”.*

MB: *“se llama Lucy y tiene 50 años, ella es sonriente y alegre”*

MV: *“yo veo a un pelado, adolescente, despreocupado, vago, triste, sin ganas”*

Por tanto, los pacientes hicieron manifiesto su vida psíquica, la mayoría se remontó a la etapa de la adolescencia, dejando entrever conflictos como necesidades no satisfechas.

Resulta totalmente interesante ver que, durante el ejercicio, los pacientes centraron su atención a otros conflictos o preocupaciones, todas orientadas hacia el pasado; y la enfermedad de IRC no hizo parte de esa manifestación, lo cual asumimos que,

más que la misma enfermedad; que de por sí causa un desgaste en el paciente y familiares, tal como lo indica la literatura, causa un peso en la vida psíquica de los pacientes su historia personal, conflictos, frustraciones, o demás situaciones problemáticas que puedan presentar. En todo caso, creemos que este es un asunto que merece de una investigación seria que lo respalde.

Dinámica de integración

Al momento de compartir en plenaria, es decir, lograr que lo trabajado de forma individual fuera escuchado por el grupo nos dimos cuenta que los pacientes se nombraban por apellido y su comentario ante lo expresado por el otro era elaborado con una actitud distante:

“Como dijo el señor Acurio... aquí el compañero Vascones...”

Razón por la cual hicimos una dinámica en medio de la fase de desarrollo, ya que notamos que ese formalismo no facilitaba la calidez que se buscaba que tuviera la sesión.

4.1.3 Componentes de la motivación

4.1.3.1 Motivación Intrínseca

Necesidad espiritual

Del mismo modo la comunión espiritual se convierte en una fuente motivacional para atravesar favorablemente las fases de duelo. El factor espiritual también se concibe como una motivación para los pacientes, aceptar lo que no pueden cambiar, o reducir ansiedades, como hemos mencionado con anterioridad y en otros casos, confiar en un ser superior ante la impotencia

MB: *“Yo le pido a Dios por los míos, que los cuide y proteja”*

Aspectos de la personalidad

Los **intereses** han ayudado a que se considere una persona útil, funcional, es así como **LA** indicó tener una finca, la cual administra, ya que no está en servicio activo, dentro de la policía. La capacidad que tiene para alcanzar sus objetivos fomenta una **autoestima** saludable, ya que se siente autorrealizado, su valoración y autoconocimiento es positiva.

Responsabilidad

Es un compromiso consigo mismo y con la familia:

EM: “Debo cuidarme mucho, sobre todo por lo de mi pie diabético, uno no se cuida cuando está sano”.

LA: *“Voy a cuidar mi salud, luchar por mi vida para seguir compartiendo con mis seres queridos”.*

Fase de duelo

Y es en este mismo orden de ideas que comprendimos cómo las motivaciones pueden configurarse en función de la etapa o fase de la enfermedad en la que se encuentren los pacientes.

LA: *“Me motiva el poder tener un nuevo amanecer cada día y agradezco a Dios porque la enfermedad no me hace sentir dolor”*

De acuerdo a la expresión anteriormente citada deducimos que el paciente se encuentra en una etapa donde ya asimila la enfermedad como una condición de su vida, pero no por eso esta se ha acabado, además no hay sensación de malestar.

Autorrealización

Las metas realizadas giran en torno a su esfera personal, laboral y familiar. Manifiesta lo siguiente:

LA: *“He cumplido con éxito toda mi trayectoria en la institución, 30 años como policía” “Soy jubilado y actualmente trabajo como capataz en una hacienda, además también soy comerciante. Hago lo que me gusta y soy mi propio jefe y líder”*

Autoestima

Este aspecto está enfocado en el autoconocimiento que tienen sobre sí mismos, ya que es una vía para comprender cómo es la percepción que tienen de su yo, según lo observado, es orientada a la realidad y de pronóstico favorable.

LA: Aprendizaje rápido, facilidad para enseñar, capacidad de liderazgo, habilidad para dibujar. “Soy buen padre”. “Soy solidario, responsable, amable, sabio, colaborador y perseverante y me repongo antes las dificultades con ayuda de Dios, su voluntad y el apoyo de mi familia”.

EM: *“Soy una persona que me gusta analizar y razonar, también cuido mi salud, siguiendo las indicaciones de los profesionales”.*

MV: *“Soy pro activo, colaborador y me gusta hablar siempre de cualquier tema en el trabajo”. “Me considero una persona muy colaboradora, le gusta ayudar, tiene capacidad auto reflexiva”.*

Demandas encubiertas

Durante el proceso de intervención psicológica nos percatamos que independientemente de la enfermedad de IRC, los pacientes presentan conflictos que también requiere atención de su parte.

LA: *“...no le gusta la soledad” “Vive con los abuelos porque es huérfana y no tiene apoyo de sus padres” “Le gusta estudiar para ser una profesional y ser útil para la sociedad”.* **Notable necesidad de afiliación**

MB *“Quisiera decirle cosas lindas de Lucy” (el paciente llora) “Lucy era una mujer alegre, dulce, comprensiva, pero no sé por qué cambió”*

Necesidades de afecto e intimidad

MV: *“... me da coraje porque yo antes era despreocupado y a veces no puedo explicar a mis hijas las tareas cuando me piden que las ayude”*
sentimiento de culpa

El sentido psicológico de la enfermedad

No solo se trata de la llegada de la enfermedad sino de la presencia de comorbilidad Como fallo de la facultad visual, que en el caso de MB le llevó a retirarse por completo de sus actividades como mecánico.

LA: *“el tratamiento de hemodiálisis significa un sacrificio, para poder continuar viviendo”*

MB: *“significó un cese completo de mi vida”*

4.1.3.2 Motivación Extrínseca

A su vez, la red de apoyo primaria, es decir, la familia se vuelve una de las principales motivaciones de los pacientes para iniciar y continuar el tratamiento.

Red de apoyo

LA: *“Me motivan mis hijos porque siempre me han apoyado, en especial mi hija ya que ella es mi engréida, incluso yo le digo mi bebé, quiero verla convertida en una profesional”. “la relación con mi familia es muy buena, existe mucha confianza, apoyo y comunicación.”*

EM: *“Mi mayor motivo es vivir con mi familia, me gusta vivir con mi familia, tengo 4 hijos varones y una mujercita, ya dos se han casado. Por mí que fuera me gustaría que todos mis hijos vivieran conmigo”*

La retroalimentación entre paciente y red de apoyo, en la percepción de bienestar emocional, tiene doble vía. Es por esto que preguntamos ¿por qué le motivan sus hijos?

LA: *“... al ver contentos a mis hijos, eso me llena de alegría...me satisface ver felices a mis hijos... la felicidad de ellos es mi felicidad”.*

En este caso, la identificación de estados emocionales con los hijos se manifiesta de manera positiva, ya que facilita al paciente a continuar viviendo de una forma adaptable, lo cual implica regirse adecuadamente al tratamiento de hemodiálisis.

Creemos que esta retroalimentación positiva se presenta al modo de relacionarse la familia, por tanto, la red de apoyo se torna cada vez más sólida afrontando situaciones problemáticas como la enfermedad de los pacientes.

Legado

Como hemos observado hasta este punto, la red de apoyo primaria, la familia y más en particular, los hijos; son una gran fuente de motivación para los pacientes, reconociendo oportunamente la etapa de desarrollo en la cual se encuentran, es por eso que ante la paradoja que encierra el hecho de continuar viviendo y sentir de cerca la muerte, surge aquel interés natural de la mayoría de los padres que, la experiencia enseña, quieren dejar una educación, una formación a sus hijos, siendo así que no encontramos mejor definición para ello que el término “legado”.

EM: *“Mi hija estudia medicina, quiero verla hecha una profesional”. “Como padre pienso qué será de ella cuando muera, los hermanos dicen que la apoyarán en el estudio, pero yo no sé en verdad”.*

MB: *“Mi deseo es verlo como un profesional (al hijo). Todos los padres les motivan ver a sus hijos crecer, criarlos, quieren darles una buena vida, los padres deben cuidar a sus hijos para que no se descarrilen.”*

4.2 Aceptación de la enfermedad

Primera fase: Negación y aislamiento

Esta fase se presentó en un paciente, LA empleó la negación ante la noticia de su diagnóstico. Surgió como un mecanismo de defensa temporal ya que el impacto de

su diagnóstico no le permitía racionalizar la situación, sin embargo, afrontó la situación de mejor manera mediante su familia, quienes son su red de apoyo.

Segunda fase: IRA

La fase de la ira se vio reflejada en el paciente M.B., la ira fue canalizada contra su familia. Cuando le informaron el diagnóstico de su enfermedad se desencadenaron síntomas de coraje e irritabilidad debido a las modificaciones en su estilo de vida que la enfermedad traía consigo.

Tercera fase: PACTO:

El paciente M.V se aferra a su vida ya que al tener la capacidad de discernir que a pesar de que la enfermedad no tiene cura puede seguir viviendo sometándose a hemodiálisis ya que su objetivo es procurar su bienestar y el de su familia.

Cuarta fase: DEPRESIÓN

M.B. substituyó la ira por la depresión desencadenando una serie de síntomas, tales como una visión catastrófica, queja, lamentación, tristeza, llanto fácil, sentimientos de inferioridad e inutilidad. El significado psicológico que le da a su enfermedad es de desesperanza.

Quinta fase: ACEPTACIÓN

Los pacientes L.A., E.M., M.V. tienen conciencia de enfermedad. Contar con redes de apoyo, y al haber tenido una intervención psicológica, la aceptación de su enfermedad se hizo evidente. Los resultados positivos en el proceso de pérdida de salud fueron: adherencia al tratamiento, control de sus emociones y adaptación en su nuevo estilo de vida mediante estilos y estrategias de afrontamiento adecuadas. Los estilos de afrontamiento son centrados en el problema y centrados en la emoción. Las estrategias de afrontamiento empleadas actualmente son: aceptación de la responsabilidad, distanciamiento, autocontrol y reevaluación positiva.

L.A “Asistir al tratamiento de hemodiálisis es una oportunidad de seguir viviendo” (Fase de aceptación) (Estilo de afrontamiento centrado en el problema) (Estrategia de afrontamiento: aceptación de la responsabilidad)

L.A “Me aílo, respiro profundo para pensar con claridad y conseguir calma” (Estilo de afrontamiento centrado en la emoción) (Estrategias de afrontamiento: distanciamiento, autocontrol)

M.V. *“La actitud con la que enfrentamos los problemas es lo más importante para salir adelante, pienso de forma positiva para tratar de conseguir la calma”.* **(Fase de aceptación) (Estilo de afrontamiento centrado en la emoción) (Estrategias de afrontamiento: reevaluación positiva)**

M.B se encuentra en la fase de aceptación ya que existe conciencia de enfermedad, sin embargo, presenta oscilación de estados emocionales: depresión e ira. Situándonos en la etapa del ciclo vital, M.B se encuentra en la ancianidad trayendo consigo cambios a nivel biológico, personal y social. Al no contar con redes de apoyo ni capacidad de resiliencia, ha dificultado el proceso de adaptación de su enfermedad.

M.B *“Quisiera decir cosas lindas de Lucy (el paciente llora) Lucy era una mujer alegre, dulce y comprensiva, pero no sé por qué cambió”* **(Fase de depresión)**

M.B *“Es una enfermedad que tiene que estar en lo mismo y lo mismo” eso cansa, siempre estar en lo mismo y lo mismo”.* **(Fase de ira)**

El estilo de afrontamiento que emplea es centrado en el problema logrando adherencia al tratamiento médico mediante la asistencia en la realización de hemodiálisis y evitación de conductas de riesgo para que no exista una involución de su enfermedad. Cabe recalcar que las conductas no se dan en toda la parte del tratamiento ya que existió adherencia terapéutica, pero las conductas y actividades incorporadas no se dan siempre. La estrategia de afrontamiento que utiliza es la aceptación de la responsabilidad.

M.B *“Yo me cuido mucho en la alimentación, pero a veces cansa no poder comer de todo”.* **(Estilo de afrontamiento centrado en el problema) (Estrategia de afrontamiento: aceptación de la responsabilidad)**

Resistencias (Limitantes en el proceso de intervención)

En la fase de exploración y en la segunda intervención las resistencias que tuvieron 2 pacientes se hicieron evidentes ya que existió: atribución de distracción a factores externos, fingimiento de somnolencia, mirada evasiva, respuestas lacónicas, pobreza en la elaboración de contenidos, decaimiento y expresar claramente *“no quiero saber nada de psicólogos”*

Con lo cual evidenciamos que había un claro rechazo al proceso de atención, punto que requería de mayor exploración, ya que el objetivo en esta fase era vencer las resistencias, al igual que recabábamos información.

Expectativas

Las expectativas que los pacientes tuvieron en la fase de exploración fueron muy distintas a las que tuvieron durante las fases de intervención y cierre.

En la fase de exploración, algunos pacientes tenían expectativas negativas debido a los antecedentes de intervenciones psicológicas de los anteriores pasantes. Otros pacientes no tuvieron ninguna expectativa, por tanto, existía desmotivación y poco interés. Solo un paciente tuvo una expectativa positiva ya que se centró en una mejora de su estado de ánimo.

Las expectativas sobre el proceso terapéutico fueron modificándose en las fases de intervención posteriores, sin embargo, se dieron a conocer en la fase de cierre. Todos manifestaron que sus expectativas fueron cumplidas. Se evidenció el énfasis en el trato humano y no cosificación, el establecimiento de empatía ya que expresaron agrado, entusiasmo, satisfacción y reconocimiento.

Los pacientes solicitaron que nuestra intervención sea de mayor duración ya que el trabajo que realizamos fue eficiente y eficaz al haber logrado mayor interacción, cohesión y fortalecimiento de vínculos afectivos como red de apoyo.

L.A *“Hemos sacado provecho mutuo, nosotros nos sentimos bien, nos hacen participar, integrarnos y animarnos. Gracias por permitirme expresar con mis compañeros, sentirnos como una familia”. “Yo les doy un 10/10 porque han realizado un excelente trabajo”.*

M.B *“Gracias por compartir estas horas con nosotros, uno se siente bien, hasta sería que fuera más tiempo, porque es poco tiempo”. “Yo les pondría un 0 (broma) Les doy la calificación de 10/10 uds han hecho un muy buen trabajo con todos nosotros. Muchas felicitaciones y espero que vengan más días”.*

E.M *“Realmente yo estoy muy agradecido y les pongo 10/10 porque su trabajo ha sido súper bueno. Muchas felicidades para todos uds”. “Yo no veo nada negativo que hayan realizado”.*

M.B *“Estoy totalmente de acuerdo con todos porque uds han sido muy distintos a todos los que han pasado por aquí, uds no nos trataron como cosas y no nos aburrieron pregunta y pregunta. Yo les pongo también un 10/10 y los felicito a todos por su grandioso trabajo”.*

Cambios o resultados obtenidos.

Identificación de fortalezas

- Capacidad de resiliencia.
- Comunión espiritual
- Red de apoyo primaria, la familia, la cual se establece como lo más importante y su bienestar mental gira en torno a esto.

Llegaron a comprender la diferencia existente y lo fundamental del respeto para la coexistencia de ideas, de igual forma lograron encontrar puntos en común más allá de la enfermedad y como tal

Interacción grupal

- *“Compañeros de lucha”.*

Intercambio de información, referente a su historia personal. La introspección con lo que manifestaron lo que pensaban, sienten y reflexionaron sobre acontecimientos de su yo en conflicto.

Podemos constatar que los pacientes coincidieron proyectándose con el pasado, emitieron aspectos negativos que les genera malestar. El ambiente se tornó agradable, ya que compartieron sucesos importantes de su vida.

Cohesión grupal

El grupo consolidó la cohesión, pudiendo hacer bromas, chistes, diálogos y comentarios con naturalidad y fluidez. Valoraron positivamente el trabajo realizado por los pasantes, a la vez que lo contrastaron con experiencias no alentadoras con otros estudiantes que han pasado. Manifestaron la utilidad de las intervenciones realizadas al denominarlas dinámicas, generadoras de situaciones que facilitaron la interacción. Todos los pacientes fueron partícipes activos. Existe mayor vínculo afectivo establecido entre todos.

Sensación de bienestar psicológico

La sensación de bienestar es notoria al escuchar sus expresiones de satisfacción, predisposición a realizar nuevas actividades, demanda de más tiempo, agradecimiento. Se evidenció apertura para expresar sus emociones y respetar los espacios de los demás.

Se pudo evidenciar el fortalecimiento del yo de cada paciente ya que usaron un mecanismo de defensa, la autoafirmación ya que cada uno expresó sus conflictos emocionales manifestando directamente sus sentimientos, esto les ayudó a

mantener un equilibrio evitando la tensión psíquica que les generaba su enfermedad.

4.3 Diagnóstico

De acuerdo a la información obtenida de los reactivos psicológicos, según los parámetros del método clínico, y la codificación del CIE-10, presentamos a continuación la siguiente impresión diagnóstica:

Paciente: MB:

- Insomnio
- Temblor en las manos
- Nervioso, tenso, aburrido
- Tristeza
- Incapacidad para tomar decisiones
- Apatía.
- Baja autoestima

F32.01 Episodio depresivo leve con síndrome somático.

Paciente: M V

- Dificultad para concentrarse
- Apatía
- Nerviosismo

F41.1: Trastorno de ansiedad generalizada.

Paciente: EM-

- Insomnio
- Nerviosismo
- Mala digestión
- Apatía
- Sensaciones desagradables en el estómago
- Se asusta fácilmente

F41.1: Trastorno de ansiedad generalizada.

Paciente: LA

- Tristeza a causa de la muerte de un familiar.

Z63.3 Ausencia de un miembro familiar.

4.4. Elementos de reconstrucción histórica

¿Qué se hizo?	¿Cuándo lo hizo?	¿Quién lo hizo?	¿Cómo lo hizo?	¿Con qué lo hizo?
El contacto	6/08/15	Dr. Gilbert Jácome	Mediante un nexo formal formal entre el Director del Departamento de Psicología con el Médico Coordinador del Servicio de Nefrología (Dr. Eden Romero).	A través de la comunicación establecida con el Dr. Eden Romero.
Acercamiento al lugar	06/08/15	Dr. Gilbert Jácome Pasantes de psicología.	Asistiendo al Servicio de Nefrología para establecer el vínculo entre los pasantes de Psicología y dicho servicio.	Mediante la realización de un abordaje adecuado con el personal encargado del Servicio de Nefrología. ➤ Dr. Eden Romero ➤ Enfermeras
Investigación bibliográfica	24/09/15 hasta 09/10/15	Pasantes de psicología	A través de fuentes electrónicas abarcando diversidad de temáticas.	➤ Mediante el internet (Artículo) ➤ Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica y su familia. ➤ Las temáticas abordadas fueron las siguientes: ➤ Intervención psicológica en pacientes con I.R.C ➤ Fases de duelo ➤ Impacto psicológico de la enfermedad

				➤ Afrontamiento ante la enfermedad. ➤ Motivación y autoestima ➤ Redes de apoyo
Organización de plan de trabajo	15/10/15 hasta 19/10/15	Pasantes de psicología	Mediante la asignación igualitaria del trabajo a realizar, considerando las temáticas antes mencionadas, disponibilidad de tiempo y materiales.	Los recursos humanos empleados fueron los siguientes: ➤ Pasantes de Psicología ➤ Pacientes con I.RC Los recursos materiales utilizados fueron: ➤ Computadora ➤ Hojas A4 ➤ Bolígrafos
Diseño de agenda	20/10/15 Hasta 23/10/15	Pasantes de psicología	Mediante la indagación de información respecto a los horarios que asisten los pacientes con I.R.C. al Servicio de Nefrología.	Recursos Humanos ➤ Pasantes de psicología Recursos Materiales ➤ Cuadernos ➤ Bolígrafos
Definición de Roles	23/10/15	Pasantes de psicología	A través de la asignación igualitaria de las sesiones a dirigir.	Recursos Humanos ➤ Terapeuta ➤ Coterapeuta ➤ Observador
Investigar sobre música de relajación	03/11/15	Pasantes de psicología	Mediante fuentes electrónicas.	Por medio de la utilización de sonidos onomatopéyicos. Una vez reproducido los sonidos se

				llevaba a cabo las técnicas de relajación:
Liderazgo sesión 1 y 5: Entrevista de Ejercicio de relajación.	6/11/15	Pasante de psicología Ferney Cortez	A través de una estructura organizada, la cual fue dividida en las siguientes temáticas: • Vivencia de la enfermedad en lo cual se abordó el significado de enfermedad, conocimientos e ideas, miedos, cambios surgidos y etapa en que diagnosticaron la enfermedad. • Dinámicas de grupo con el objetivo de conocer diferencias y aspectos en común.	Recursos humanos • Pasante Ferney Cortez • Pacientes con I.R.C Recursos materiales • Bolígrafos • Hojas A4 • Pendrive • microparlante
Liderazgo sesión 2 y 4: Entrevista de Ejercicio de relajación.	09/11/15 16/11/15	Pasante de psicología Joselin Castro	Mediante el abordaje apropiado de los siguientes temas: • Autoestima – eficacia personal, en lo cual se indagó en proyectos de vida, metas no cumplidas y realizadas, ideas irracionales. • Autoestima – Aspectos personológicos, indagando	Recursos humanos • Pasante Joselin Castro • Pacientes con I.R.C Recursos materiales • Bolígrafos • Hojas A4 • Pendrive • microparlante

			en habilidades, destrezas y virtudes, afrontamiento y valoración de su vida.	
Liderazgo sesión 3 y 6: Entrevista de Ejercicio de relajación.	13/11/15 23/11/15	Pasante de psicología Rafael Rigail	Por medio de una estructura apropiada, tomando como referencia los siguientes temas: • Necesidades del paciente, cuyo objetivo es la identificación de las mismas. • Motivación, la cual tiene una estrecha relación con las redes de apoyo.	Recursos humanos • Pasante Rafael Rigail • Pacientes con I.R.C Recursos materiales • Bolígrafos • Hojas A4 • Pendrive • Microparlante • Ficha psicológica clínica • Tests • Cuestionario de Síntomas SRQ • Inventario de autoestima de Coopersmith • Test de Zung
Liderazgo sesión 7 Entrevista de Ejercicio de relajación.	26/11/15	Pasantes de psicología	A través del cierre y evaluación del proceso terapéutico cuyo objetivo fue Evaluación de la eficacia y pertinencia del proceso terapéutico.	Recursos humanos • Pasantes de Psicología. • Pacientes con I.R.C Recursos materiales • Bolígrafos • Hojas A4 con frase motivacional

Diseño ejercicio silueta humana	19/11/15	Pasante de psicología - Ferney Cortez	Por medio de la búsqueda de fuentes electrónicas. Las preguntas estaban encaminadas a identificar el dibujo, indicando lo que ve y crear una identificación para conocer aspectos vivenciales significativos.	Recursos humanos • Pasante Ferney Cortez • Pacientes con I.R.C Recursos materiales • Bolígrafos • Hojas A4 • Papelógrafo
Diseño ejercicio casa	22/11/15	Pasante de psicología - Rafael Rigail	Por medio de la creación de dibujos de casa con la finalidad de que los pacientes plasmen ideales de familia concatenados con sus propias vivencias.	Recursos humanos • Pasante Ferney Cortez • Pacientes con I.R.C Recursos materiales • Bolígrafos • Hojas A4 con la casa dibujada.
Diseño PNI retroalimentación de cierre del proceso	25/11/15	Pasantes de psicología: - Joselin Castro -Ginger Dito	A través de la interacción con los pacientes, cuya finalidad fue conocer sus pensamientos y emociones durante todo el proceso de intervención psicológica.	Recursos humanos • Pasantes de psicología - Joselin Castro - Ginger Dito • Pacientes con I.R.C Recursos materiales • Bolígrafos • Hojas A4 con frase motivacional

Análisis y revisión de test	14/11/16 hasta 15/11/15	Pasantes de psicología	Por medio de un análisis cuantitativo. Cada pasante realizó el análisis cuantitativo de los 3 tests aplicados en cada paciente.	Recursos humanos • Pasantes de psicología • Pacientes con I.R.C Recursos materiales • Bolígrafos • Tests - Cuestionario de Síntomas SRQ - Inventario de autoestima de Coopersmith - Test de Zung
Diseño entrevista sesión no. 1 y 5.	5/11/15 19/11/15	Pasante de psicología - Ferney Cortez	Mediante un formato que constaba de las siguientes preguntas: Sesión 1 ¿Qué significó para ustedes el diagnóstico de su enfermedad? ¿Qué conocimientos e ideas tenían acerca de su enfermedad? ¿Cómo ha sido su experiencia en el tratamiento? ¿Qué cambios han surgido desde que presentaron esta enfermedad? ¿En qué momento de sus vidas se encontraban cuando fueron diagnosticados con IR?	Recursos humanos • Pasante Ferney Cortez • Pacientes con I.R.C Recursos materiales • Bolígrafos • Hojas A4

			La sesión 5 fue encaminada en la realización de una dinámica de grupo y en la aplicación de la técnica de la silueta humana.	
Diseño entrevista sesión no. 2 y 4	8/11/15 14/11/15	Pasante de Psicología -Joselin Castro	La estructura de la sesión 2 fue encaminada al abordaje de: Proyecto de vida (metas cumplidas) (lo que quedó pendiente) ej: máximo 5 metas que logró cumplir, por orden de importancia. (Máximo 5 cosas que no logró cumplir o quedaron pendientes, orden de importancia, objetivos) Indagar sobre conocimientos que tenían sobre la enfermedad (en función de ello, el surgimiento de ideas irracionales, miedos, etc.) En la sesión 4 fue direccionada de la siguiente forma: Habilidades, destrezas y Virtudes Destacar aspectos positivos de su personalidad ¿Cómo suelen ser sus reacciones ante situaciones difíciles?	Recursos humanos • Pasante Joselin Castro • Pacientes con I.R.C Recursos materiales • Bolígrafos • Hojas A4

			¿Qué valoración pueden hacer sobre la vida a partir de sus experiencias?	
Diseño entrevista sesión no. 3 y 6	12/11/15 22/11/15	Pasante de Psicología Rafael Rigail	La sesión 3 fue realizada con la finalidad de indagar en las necesidades de cada paciente. La sesión 6 fue diseñada con una estructura para abordar las motivaciones, ya sean extrínsecas o intrínsecas de los pacientes.	Recursos humanos • Pasante Rafael Rigail • Pacientes con I.R.C Recursos materiales • Bolígrafos • Hojas A4
Diseño entrevista sesión no. 7	25/11/15	Pasantes de psicología	Fue realizada en base a las temáticas tratadas durante todo el proceso de intervención psicológica. Se realizó lo siguiente: Dinámica de integración • ¿Con qué llegue? • ¿Con qué me voy? Recapitulación de todas las sesiones terapéuticas Dar frases a cada uno de los pacientes con los que hemos trabajado de forma individual. Evaluación de lo positivo, negativo y sugerencias de las sesiones terapéuticas.	Recursos humanos • Pasantes de Psicología. • Pacientes con I.R.C Recursos materiales • Bolígrafos • Hojas A4

Conseguir recursos materiales como microparlante Impresiones Papelógrafo Hojas A4	06/11/15 Hasta 26/11/15	Pasantes de psicología Dr. Gilbert Jácome	Se llevó a cabo entre los pasantes, mediante la distribución equitativa y facilidad de la obtención de dichos recursos.	Mediante la compra de los diversos recursos materiales.
Bitácora Sesión no. 1, 3 y 6.	06/11/15 13/11/15 23/11/15	Pasante de Psicología -Joselin Castro -Ginger Dito	Se llevó a cabo anotaciones de todos los códigos en vivo comentados por los pacientes, además de observar su comportamiento y emociones.	Recursos humanos • Pasantes de Psicología. - Joselin Castro - Ginger Dito Recursos materiales • Bolígrafos • Hojas A4
Bitácora sesión no. 2, y 6.	09/11/15 23/11/15	Pasante de psicología Ferney Cortez	Mediante la recopilación de cada detalle de relevancia expresado, con la finalidad de realizar un análisis y formular la siguiente sesión de intervención.	Recursos humanos • Pasantes Ferney Cortez Recursos materiales • Bolígrafos • Hojas A4
Bitácora sesión no. 4, y 5.	16/11/15 20/11/15	Pasante de psicología Rafael Rigail	Se hizo recopilando la información de cada sesión, anotando los detalles de mayor importancia para posterior a eso realizar un análisis.	Recursos humanos • Pasante Rafael Rigail Recursos materiales • Bolígrafos • Hojas A4

Bitácora Sesión no. 7	26/11/15	Pasantes de psicología	A través de la recopilación de todos los aspectos abarcados, incluyendo los comentarios y emociones expresadas en la dinámica, recapitulación, escala de valoración y evaluación de lo positivo, negativo y sugerencias.	Recursos humanos Pasantes de Psicología. Recursos materiales • Bolígrafos • Hojas A4
--------------------------	----------	------------------------------	--	---

6 ¿Qué factores del contexto o elementos influyentes favorecieron las posibilidades de acción local?

Los factores que favorecieron las posibilidades de realizar nuestra intervención psicológica fue la apertura que nos dieron al realizar nuestras prácticas pre – profesionales en el Hospital Docente de la Policía Nacional G-2. Gracias a esta oportunidad se realizó un nexo formal entre el Director del Departamento de Psicología con el Médico Coordinador del Servicio de Nefrología (Dr. Edén Romero).

La forma de realizar la intervención psicológica realizadas por los pasantes de Psicología, fue un factor esencial para el favorecimiento de acción local, ya que, al realizar una estructura adecuada en cuanto a las fases de exploración, intervención y cierre dio una muy buena impresión para que se nos permitiera realizar nuestra labor en el Servicio de Nefrología.

El hecho de que existió una adecuada distribución de responsabilidades entre los pasantes de psicología, refiriéndonos a las sesiones a dirigir, los recursos materiales empleados (Hojas A4, micro parlante, pendrive, músicas de relajación, bolígrafos, batería de test) interfirieron de manera positiva en el proceso a realizar.

El contar con la colaboración de las enfermeras, sobre todo de los pacientes con I.R.C, el espacio tanto físico como la disponibilidad de tiempo que brindaron, algunos materiales, tales como la computadora y los parlantes para reproducir música de relajación fue de vital importancia para la realización de nuestra intervención psicológica.

Es necesario mencionar que las resistencias y dificultades ocurridas en el trayecto de nuestra intervención fueron superadas de manera oportuna, obteniendo resultados favorables.

7 ¿Qué factores del contexto o elementos influyentes limitaban las posibilidades de acción local?

Recordando que estas experiencias parten de las pasantías desarrolladas en el Hospital de la Policía, es preciso que consideremos las siguientes limitantes encontradas:

Limitación temporal: Al ser prácticas realizadas mediante un convenio institucional, las actividades quedan supeditadas al intervalo de tiempo definido entre instituciones para que los practicantes realicen su labor. Es por esta razón que la durabilidad de la intervención realizada con los pacientes se vio entrecruzada con este aspecto.

Actividades coexistentes: como nos referimos a un contexto de prácticas pre profesionales, los pasantes realizan además de la intervención con los pacientes de hemodiálisis, atención psicológica en otras áreas y servicios del hospital, como Interconsultas en hospitalización, Consulta externa, conferencias, casas abiertas.

Espacio físico: El entorno donde se llevó a cabo la intervención fue la sala de hemodiálisis, estado los pacientes conectados, las máquinas dificultan el contacto visual entre los miembros del grupo.

Aspectos personales: Las resistencias de cada paciente para aceptar la intervención psicológica, las ideas preconcebidas de los pasantes de psicología al interactuar con una realidad totalmente nueva.

Coexistencia de servicios: la sala de hemodiálisis es administrada por el servicio de enfermería de dicho sector, lo cual implica contar con su presencia y su monitoreo constante con los pacientes cuando estos están haciendo elaboraciones personales.

4.5. Elementos para ordenar y clasificar la información

Eje de sistematización: la intervención psicológica como factor motivacional

¿De qué manera la intervención psicológica es un factor motivacional para la aceptación de la enfermedad de los pacientes con insuficiencia renal crónica que asisten a hemodiálisis en el Hospital Docente de la Policía Nacional G- 2?

¿En qué consiste la intervención psicológica en pacientes con insuficiencia renal crónica?

Consideramos que la intervención psicológica es el accionar de el o los expertos en el área psicológica haciendo uso de técnicas, instrumentos y metodologías específicas para el cumplimiento de determinados objetivos, con esta intervención se busca mejorar la salud mental, modificación de la conducta, la mejora de un estado emocional, la potenciación de recursos personales; entre otras opciones, en definitiva, lo que se busca con la intervención es un cambio que se mantenga en el tiempo.

Como bien sabemos la IRC es una enfermedad que modifica el estilo de vida de quien la padece, sus familiares, su entorno. Es comprensible que estos cambios se presentan en todos los ámbitos de la vida del sujeto en especial a nivel psicológico, ya que estos repercuten tanto en esta instancia y desde ella hacia las demás áreas de los sujetos (área personal, familiar, social, económica). Es por ello que la psicología centra su atención en respaldar el bienestar de los pacientes que inician y mantienen el tratamiento y sus familiares que viven de cerca la enfermedad.

Son muchos los constructos de la personalidad que se ven afectados en los pacientes: como autoestima, motivación, proyecto de vida, aspiraciones, aspectos emocionales, estrés, creencias en cuanto a la enfermedad, consciencia de la enfermedad, que de por sí, implica un proceso de duelo a elaborar normativamente; para ello se cuenta con la intervención psicológica para atender estas problemáticas que, como indica la experiencia, no son manifiestas en la mayoría de los casos.

Es ahí donde se necesita de la familia (redes de apoyo), demás recursos, materiales o humanos que permitan una adherencia al tratamiento psicológico u/o de hemodiálisis.

¿Con qué recursos cuentan los encargados de realizar la intervención psicológica a los pacientes con IRC?

En primera instancia, los encargados de realizar la intervención psicológica son los psicólogos, profesionales capacitados para explorar, entender y atender la subjetividad y demás componentes psicológicos de los sujetos, los cuales se delimitan en aspectos cognitivos, afectivos y volitivos de la personalidad.

Para ello requiere el desarrollo de competencias en el transcurso de la carrera, entre los que podemos rescatar: la escucha activa, empatía, confidencialidad, respeto por los pacientes, alto sentido ético, entre otras.

Para el trabajo con pacientes con IRC que reciben servicio de hemodiálisis, considerando que comparten un espacio y no disponen de más tiempo fuera del que usan para asistir al servicio, los profesionales en psicología que realizan la intervención psicológica necesitan hacer uso de la creatividad para poder abordar a los pacientes pese a las condiciones del contexto hospitalario, uso de recursos materiales como: audiovisuales, papelería, técnicas, dinámicas y test psicológicos.

Para la exploración, la observación clínica, la entrevista y los tests son las principales herramientas a utilizar.

Por último, hacer uso de una metodología que en primera instancia es la vía por la cual el o los profesionales han de regirse para abordar a los pacientes y por consiguiente llevar a cabo la intervención psicológica.

¿Qué se hace en la intervención psicológica con pacientes que presentan IRC y reciben tratamiento de hemodiálisis?

Debido a las principales complicaciones que se presentan en los pacientes con IRC y en especial merecen atención psicológica tenemos: estrés, depresión, alteraciones en ingesta de alimentos y ritmo de sueño, autoestima, proceso de duelo.

En la experiencia obtenida con los pacientes de hemodiálisis en el Hospital de la Policía Nacional G-2, se aplicaron técnicas de relajación como vía para la reducción de los niveles de ansiedad y a su vez para empatizar con los pacientes e iniciar la intervención propiamente dicha.

La intervención psicológica implica un proceso, el cual tiene etapas definidas y que no necesariamente guarda una distinción rígida en la praxis, ya que, la intervención se hace desde el momento que se realiza contacto con los pacientes. Las fases definidas en la intervención psicológica son:

- **Fase de exploración:** donde se realiza el rapport y por consiguiente el encuadre para la continuación de las sesiones, ya que el espacio físico incide en el modo de abordar a los pacientes, las sesiones se llevan a cabo de modo grupal.
- **Fase de intervención:** propiamente dicha que está encaminada a generar en los sujetos la reflexión, insight, catarsis y demás particularidades que pueden presentarse en consulta, sea grupal o individual; con el objetivo de generar el cambio de conducta, modificación en el sistema de creencias en cuanto a la enfermedad de IRC u otros aspectos que giran en torno de la salud, atender las problemáticas emocionales que vivencien.
Todo en función de: las demandas que surgieron en la fase de exploración, las fortalezas o recursos personales que han sido encontrados y la fase de duelo en la que se encuentren, como también la presencia de redes de apoyo.
- **Fase de cierre:** con la cual se evalúa el proceso de intervención, logros y aspectos a mejorar, generalmente esta fase permite un seguimiento en los pacientes para monitorear que los cambios producidos, se mantienen en el transcurso del tiempo.

¿Cómo opera la motivación en el proceso de intervención psicológica de los pacientes con IRC en el servicio de hemodiálisis?

En la fase de exploración realizada con los pacientes, uno de los objetivos a alcanzar fue generar demandas, es decir, lo que los pacientes esperarían obtener del proceso de atención psicológica; siendo la motivación uno de los temas más sugeridos para tratar y que en consonancia con las lecturas desarrolladas previamente, la motivación ha sido concebida como un tópico esencial a movilizar en los pacientes, sea para facilitar sus recursos ante el proceso de duelo de la enfermedad, y en otros casos para reforzar conductas o ideas que hayan permitido habituarse a su nueva situación.

La motivación es comprendida como un factor intrínseco y extrínseco, siendo en el primer caso aspectos propiamente de los pacientes como recursos personales y en el segundo caso, motivaciones que orbitan en cuanto a indicadores externos a los sujetos, entre ellos las redes de apoyo como la familia.

El objetivo principal de la fase de exploración en la intervención psicológica fue conocer a los pacientes, lo cual implicó datos personales, historia personal en función de la enfermedad, comorbilidad, entre otros datos.

Pero en el decurso de la historia personal se realizó el análisis en cuanto a los intereses, proyecto de vida, motivaciones y cosmovisión de cada uno de los pacientes. Justamente estos precedentes fueron motivo para desarrollar las sesiones propiamente de intervención, encaminándolo bajo una perspectiva motivacional.

Mientras que procuramos que los pacientes reconocieran sus fortalezas y debilidades, como motivaciones intrínsecas, la revisión de las redes de apoyo con las que cuentan y fortalecimiento de una nueva red que cambia hasta la percepción del ámbito hospitalario, el grupo terapéutico; por otra parte.

La forma de constituir el grupo terapéutico como red de apoyo necesitó de implementar técnicas y herramientas que permitieran la interacción entre los miembros del grupo, en primera instancia, siendo conscientes de sus individualidades, para luego reconocer lo que mantienen en común entre compañeros, siendo la enfermedad la razón más significativa que converge entre ellos; es así como la intervención psicológica, mediante el uso de técnicas, herramientas y dinámicas, pone situaciones que facilitan compartir experiencias, en un espiral dialéctico, por un lado, el personal técnico encargado de facilitar las herramientas y los medios para interactuar y por otro lado, los pacientes con sus realidades y experiencias que permitieron el desarrollo de cada sesión.

De tal manera que, los pacientes se reconocen como familia, compañeros y vencen las resistencias para tratarse más allá del saludo de cortesía, comparten vivencias que indiscutiblemente permiten que empaticen aún más porque viven la misma realidad y esa es una particularidad que el personal técnico no puede alcanzar, a pesar de que no necesitamos atravesar las mismas situaciones que pasan los pacientes para poder empatizar con ellos, pero en este caso referimos que, para los pacientes es un impacto más significativo cuando empatizan con alguien que vive y siente lo mismo que está experimentando.

¿Cuáles son los componentes de la motivación?

Los componentes de la motivación de los pacientes que asisten al Servicio de Nefrología se dan mediante el proceso de un estímulo, necesidad, comportamiento o acción y satisfacción creando una homeostasis o equilibrio. Las personas con las que existen vínculos afectivos consolidados, cobran un papel importante, ya que significan un estímulo ante la necesidad de supervivencia.

De acuerdo con la experiencia obtenida con los pacientes del Servicio de Nefrología, encontramos que hacen manifiesta la necesidad de afiliación con su red de apoyo primaria (familia) tienen la necesidad de seguir compartiendo con ellos, es aquí donde cobra mucha importancia la autoestima, autovaloración y

autoconcepto de cada uno de los pacientes ya que, por amor, estima, valoración y respeto propio, realizan acciones, tales como asistir al servicio de hemodiálisis, es decir que existe una nueva connotación en cuanto al tratamiento ya que es valorado como un medio para la continuidad de la vida.

Los pacientes tienen una nueva forma de ver y adaptarse a su enfermedad ya que pese a las modificaciones que tuvieron que realizar en sus vidas, debido a su enfermedad, continúan realizando actividades de su interés.

Dichas acciones o comportamientos realizados interfieren de manera positiva al crear un estado de homeostasis o equilibrio en sus vidas.

¿Desde qué perspectiva se comprende la motivación en los pacientes con IRC?

Las motivaciones de los pacientes fueron abordadas en función de las fases de duelo en la aceptación de la enfermedad. Las motivaciones giran en torno a su esfera personal, familiar y espiritual. El hecho de tener motivos para seguir adelante con su vida, facilita el proceso de adaptación de pérdida de salud.

Las motivaciones están ligadas con las redes de apoyo con las que cuentan los pacientes, lo cual impulsa de manera positiva como factor de resiliencia en el proceso de adaptación de su enfermedad.

¿En qué consiste la aceptación de la enfermedad en los pacientes con IRC?

Los pacientes con I.R.C al presentar dicha enfermedad atraviesan por varias fases, que no necesariamente tienen un orden estricto a seguir. Algunas de las fases por las que atraviesan los pacientes son: negación y aislamiento, ira, pacto, depresión y aceptación. Si bien es cierto cada paciente tiene una individualidad y personalidad única, incluso algunos cuentan con redes de apoyo y otros no, lo cual es un factor de gran relevancia para que los pacientes lleguen a la fase de aceptación de su enfermedad.

La aceptación de la enfermedad en los pacientes con I.R.C. consiste en que toman conciencia sobre su enfermedad, esto es variable en cada paciente, implica comprenda su duelo por la pérdida de salud, adaptándose y superando los cambios significativos a raíz del inicio de su enfermedad.

Algunas de las adaptaciones que hacen en su vida giran en torno a nivel personal, laboral, social, familiar y económico. Además, el paciente aprende a expresar y a gestionar sus emociones en los momentos difíciles, es aquí cuando las redes de apoyo cobran mayor relevancia en el proceso de aceptación de enfermedad.

¿Cómo se puede realizar intervenciones psicológicas en pacientes con IRC?

La intervención psicológica está orientada como factor motivacional en el tratamiento de hemodiálisis, como la aceptación de la enfermedad, ya que partimos de la premisa que la atención psicológica es generadora de situaciones que promueven la revisión, reflexión y actuación pertinente por parte de los pacientes.

Es de suma importancia la realización de intervenciones psicológicas ya que a partir de nuestra experiencia pudimos constatar que los cambios significativos se dan a nivel físico y psicológico, muchas veces surgen somatizaciones por los conflictos sin resolver, donde es aquí que cobra mayor relevancia intervenir, contando con la predisposición de cada uno de los pacientes.

Se ejecutaron dos fases, una de exploración, con la finalidad de conocer a grandes rasgos la historia de la enfermedad, como también detectar fenomenológicamente su vivencia y sentido acerca de la misma. La segunda fase consistente en la intervención enfocada a la motivación, concibiendo los aspectos intrínsecos y extrínsecos que dialécticamente la componen.

¿Qué dificultades se presentan durante el proceso de intervención psicológica con los pacientes ante la aceptación de la enfermedad?

Las dificultades que se presentaron durante el proceso de intervención psicológica con los pacientes ante la aceptación de la enfermedad giraron en torno al personal técnico, los pacientes y limitaciones en cuanto a espacio físico. Existieron algunas dificultades de los pasantes de Psicología y una Enfermera ya que actuó como factor distractor durante las primeras sesiones realizadas, poca predisposición en facilitar recursos materiales, tales como computadora, televisor para reproducir melodías de relajación, lo cual interfería de manera negativa en las dos primeras sesiones con los pacientes.

Las dificultades por parte de los pacientes fueron debido a la generalización que tenían sobre los pasantes de Psicología, ya que en especial un paciente manifestó que los cosificaban y tan solo era una labor de preguntar y preguntar, fue evidente la resistencia al trabajar por la poca colaboración y predisposición. Existió limitaciones en cuanto a espacio físico ya que, al ser 4 pasantes de Psicología, al momento de dirigir las sesiones terapéuticas no había muchos espacios para la ubicación y muchas veces existía contacto con la enfermera mientras tomaba la presión a los pacientes.

Cabe recalcar que estas dificultades fueron resueltas a medida que incrementaban las sesiones terapéuticas cuya evaluación fue favorable.

4.6. Elementos para la interpretación crítica

A continuación, realizaremos un análisis acerca de determinadas situaciones que configuraron en mayor o menor medida la ejecución de la experiencia sistematizada.

- **Relaciones institucionales:**

La experiencia que hemos sistematizado surgió a raíz de las prácticas pre-profesionales realizadas en el Hospital de la Policía Nacional G-2, gracias al nexo entre la Facultad de Ciencias Psicológicas y dicha casa de salud.

Es dentro este contexto donde surge la experiencia con los pacientes del servicio de hemodiálisis; pese a que la Insuficiencia Renal Crónica es una enfermedad que aqueja a un sector considerable de la población³, desde el ámbito de la psicología no hay las herramientas y conocimientos generales para el abordaje de esta problemática.

Puede considerarse las fases del proceso de duelo como la vía en la cual el paciente se habitúa a su nuevo estilo de vida, impuesto por sus condiciones biológicas y prescripciones médicas, sin embargo, el modo de asumirlo depende en gran medida de su capacidad de resiliencia, de sus esquemas mentales previos a la enfermedad, redes de apoyo con las que cuente, comorbilidad y demás componentes que de una u otra forma hacen que cada paciente particularice la forma de vivir la enfermedad.

Por tanto, consideramos de vital importancia que, desde la formación académica, es decir la Facultad de Ciencias Psicológicas, cuente con un soporte informativo a cerca de la funcionalidad y demandas de cada centro de prácticas, ya que esto facilitaría a los futuros profesionales tener un panorama suficientemente claro antes de adentrarse en el mismo y posiblemente contar con mayores recursos al momento de iniciar sus prácticas.

- **Trabajo interdisciplinario en la unidad de prácticas.**

Dentro de la casa de salud, como en toda institución, existe un orden preestablecido que sostiene vías por las cuales opera cada uno de los miembros que la componen; es así que los pasantes de psicología vinculados a dicho servicio en el hospital, no acceden de forma directa a los pacientes sino a través de la organización en la prestación del servicio.

Como bien se sabe, el trabajo del o la profesional en psicología se desarrolla en función de la demanda de quienes requieren el servicio; por

³ Solo en Guayas, el Ministerio de Salud Pública (MSP) asiste a 1.700 ciudadanos con esta afección. De ellos, el 90 % debe someterse a sesiones de hemodiálisis y el 10 % restante a diálisis peritoneales. Tomada de la edición impresa del jueves, 13 marzo 2014, diario: "PP el Verdadero"

ende, esperar que los pacientes hagan el pedido de ayuda es lo más habitual, sin embargo, la realidad no siempre es esa, en especial cuando se trata de pacientes en el servicio de hemodiálisis.

En este punto es posible visibilizar el hecho que cuando los pacientes son diagnosticados con insuficiencia renal, no siempre se recomienda abrir un proceso de atención psicológica y de la misma forma la imagen del psicólogo en esta área no es percibida debido a que no existen canales formalmente establecidos, como si fuese parte del engranaje que compone el sistema de trabajo conjunto entre servicios, salvo el caso de interconsulta, donde el médico encargado considera pertinente la valoración psicológica.

De esta forma las fases del proceso de duelo en la enfermedad repercuten de diferente manera: reflejado en el modo en que los pacientes responden al tratamiento, cuando existe atención psicológica en determinados casos, el abordaje queda incompleto ya que el paciente lo abandona; como no existen programas de atención personalizados o personal suficiente que cubra estas demandas que requieren ser exploradas, es común caer en el error de que la atención psicológica no es necesaria (percepción de pacientes que consideraban estar habituados a la enfermedad desconociendo conflictos sin resolver, en determinados casos).

Para finalizar, consideramos pertinente indicar que generar demandas (pedido de ayuda) por parte de los pacientes estriba en el desconocimiento de la utilidad de la intervención psicológica, también gira en torno a no saber cómo ni qué pedir, pacientes que se sienten abandonados, a pesar de los servicios que reciben, que siguen vivenciando problemáticas, dificultades, pero no saben cómo verbalizarlas ni mucho menos con quién, es en este sentido que en ausencia de programas y establecimientos formales de la intervención psicológica con los pacientes de hemodiálisis la interacción entre pacientes es reducida, pese a que comparten un mismo espacio; necesitan de un catalizador para que pueda manifestarse, tal como hemos comprobado.

- **Competencias del personal técnico**

Cabe mencionar que en este apartado al referirnos al personal técnico haremos mención necesariamente a los pasantes de psicología, pese a que enfermeras, médicos y personal de para médicos.

Como mencionamos en las relaciones institucionales; cuando no existe suficiente información para abordar a poblaciones como los pacientes con enfermedades catastróficas, la sensibilización, adiestramiento en el uso de técnicas e instrumentos como metodologías que articulen estrategias

de intervención, requieren de mayor apoyo y soporte para la consecución de los objetivos terapéuticos.

En nuestras experiencias de prácticas el recurrir a la observación, técnicas de educación popular, instrumentos de análisis clínico, investigación bibliográfica, registro de información, fueron de gran ayuda para el abordaje profesional con los pacientes, valga el señalamiento, a pesar de contar con aquellos recursos, es posible hacer un mejor esfuerzo y trabajo contando con mayor conocimiento, para saber qué y cómo abordar, cuales son indicadores a observar, elaboración de intervenciones de tipo verbal mucho más puntuales y eficaces.

- **Resistencias por parte de los pacientes**

Las resistencias por parte de los pacientes fueron evidentes en cuanto a silencios al preguntar, retención de información, la poca concordancia con el contenido de las palabras y sus emociones, la postura de rigidez, evitación de la mirada, fijación en el tiempo al hablar solo del presente o pasado.

La causa de las resistencias por parte de los pacientes depende de la estructura de su personalidad, tomando en cuenta factores cognitivos, afectivos y volitivos.

- **Comorbilidad y complicaciones**

La comorbilidad y complicaciones que tienen los pacientes es debido a las enfermedades subyacentes, tales como diabetes e hipertensión, esto afecta significativamente en la calidad de vida de los pacientes al tener que hacer modificaciones, ya sea en la dieta alimenticia o realización de nuevas actividades (ejercicio físico) y en muchas ocasiones estos cambios conllevan efectos secundarios al interferir en el estado de ánimo del paciente, mostrándose apáticos, irritables, con depresión y estresados.

- **Experiencias previas con el personal de psicología**

Los pacientes que asisten al Servicio de Nefrología tuvieron experiencias previas con pasantes de Psicología; debido a las experiencias no satisfactorias, los pacientes tuvieron resistencias para trabajar durante las dos primeras sesiones en la intervención psicológica.

Las posibles causas de las resistencias con el actual personal de psicología fueron por experiencias no satisfactorias con los anteriores pasantes de psicología, denotando queja, reclamo porque percibieron una cosificación y poca empatía, creando así una barrera para trabajar en el proceso de intervención psicológica.

En síntesis.

La intervención psicológica es una instancia dentro del ámbito hospitalario, particularmente en el servicio de hemodiálisis, que procura otorgar participación al psicólogo en la vivencia de la enfermedad de los pacientes para garantizar un servicio óptimo y oportuno, gestionar los recursos personológicos de los pacientes para adaptarse al nuevo estilo de vida.

A pesar de las reformas políticas que garantizan una salud integral para los pacientes con insuficiencia renal crónica y demás enfermedades catastróficas, en materia de programas y demás vías que faciliten el acceso al servicio de psicología, más allá de pedir la consulta particular, esta casa de Salud carece de gestiones y políticas que garanticen y respalden el termino salud integral.

De igual manera, las enfermedades catastróficas son una realidad evidente en Ecuador, por tanto los centros académicos, como es el caso de la Facultad de Psicología, es recomendable tenga acercamientos teóricos y prácticos en cuanto a métodos de intervención psicológica y sensibilización que de soporte al sentido ético y profesional, evitando errores de praxis que no solo causan deterioro de la imagen particular del profesional sino de los demás profesionales que entren en contacto con pacientes que han recibido atención psicológica reincidentemente con varios pasantes de psicología encargados y que por consiguiente hacen un rechazo manifiesto a la labor del psicólogo.

4.7. Métodos e instrumentos a utilizar

4.7.1 El método clínico

El objetivo de nuestras experiencias fue acercar la intervención psicológica a los pacientes con IRC bajo la modalidad de grupo terapéutico, ya que el momento oportuno para la realización del trabajo fue factible durante las sesiones de hemodiálisis.

4.7.1.1 Técnicas

- **Técnicas de relajación⁴**

La relajación no solo es parte del componente científico del saber, sino del popular, diversas culturas y religiones promulgan la necesidad de experimentar estados de tranquilidad y bienestar. Resulta beneficioso para el organismo reducir la activación del cuerpo a través de la relajación, genera bienestar subjetivo.

La relajación como procedimiento de reducción del exceso de activación no se ciñe a una mera dimensión fisiológica, sino también a las otras dos dimensiones relevantes de la emoción: los procesos cognitivos y la conducta manifiesta (Fernández-Abascal, 1997).

- **Sugerencias de imágenes**

Para favorecer el hecho de que las imágenes relajantes se perciban con claridad y, por lo tanto, resulten eficaces, además de ser relajantes en sí mismas, deben abarcar cuanto mayor número de sensaciones, mejor.

La escena de estar tumbado en la arena de la playa es una buena imagen no sólo por el hecho de tratarse de una situación relajante, sino porque podemos incrementar el poder de la sugestión de la misma al contener ésta elementos visuales (cielo azul, nubes, mar), auditivos (sonido de las olas), cenestésicos (sensaciones de peso, de estar hundido en la arena), olfativas, táctiles, etc.

- **P.N.I.**

Es una estrategia que permite el mayor número de ideas que se generan sobre un evento, acontecimiento o alguna observación. Permite determinar lo positivo, lo negativo y lo interesante del mismo, por lo que se le considera de un alto valor educativo. P = positivo. Los aspectos positivos de una idea -razones por las cuales le gusta. N = negativo. Los

⁴ Mariano Chóliz: *Técnicas para el control de la activación*. www.uv.es/=cholz

aspectos negativos de una idea -razones por las cuales no le gusta. I = interesante.

Los aspectos que encuentres interesantes en una idea. En lugar de decir que lo que nos gusta una idea o, por el contrario, que nos desagrada es muy útil emplear la técnica PNI. Al hacerlo, enumeramos primero los aspectos positivos, después los aspectos negativos, y por último, aquellos aspectos que no consideren ni positivos ni negativos, sino simplemente interesantes.

- **Dinámicas**

- Siluetas humana y Casa**

- Estas dinámicas surgieron de nuestra iniciativa haciendo referencia al HTP, pero con la finalidad de usarla de forma grupal, la naturaleza proyectiva se mantuvo, salvo su modo de interpretar, es decir analizar el discurso de los pacientes en función de las entrevistas.

- Nombre-fruta**

- El objetivo de esta actividad fue de socializar entre los integrantes del grupo y los pasantes de psicología.

- ¿Con qué llegué? ¿Con qué me voy?**

- Las ideas es que se elijan de a dos o tres, no más, para mostrar una escena, sin palabras, del día o momento en que llegaron al taller, curso, etc., y otra donde muestren cómo se van. Es muy interesante esta técnica porque aporta, entre una y otra escena, cambios actitudinales de los participantes. La gente se presta mucho a este juego porque es compartido. Al observar las escenas se puede realizar una interpretación de las vicisitudes del aprendizaje.

4.7.1.2 Instrumentos

- **Entrevista psicológica:**

- Una conversación y/o relación interpersonal entre dos o más personas, con unos objetivos determinados, en la que alguien solicita ayuda y otro la ofrece, lo que configura una diferencia explícita de roles en los intervinientes.

- Entrevista psicológica semiestructurada⁵:**

- El entrevistador tiene un guion previo con cierto grado de libertad para proponer cuestiones ad hoc durante la entrevista, bien

⁵ La entrevista psicológica/ Carmen Maganto Mateo y Soledad Cruz Sáez

ampliando la información, bien alterando el curso de las preguntas o la formulación de las mismas.

La finalidad del psicólogo entrevistador es **identificar y clarificar la demanda**, comprender los problemas y sentimientos del demandante, elaborar las hipótesis pertinentes sobre la consulta, confirmarlas en sucesivas sesiones o con otras técnicas a fin de proponer estrategias de resolución del conflicto o de promoción de salud, es decir, alternativas de cambio terapéutico en cualquier dimensión de su realidad personal, laboral y social.

- **Observación:**

Es el estudio de la conducta humana se da a través de los gestos, rasgos fisonómicos, reacciones, cambios fisiológicos como la palidez, la transpiración, palpitación. También se observa el lenguaje, el énfasis en la voz, la mímica del rostro: risa, sonrisa, llanto; ausencia de movimiento corporal, la expresión de la mirada. Esta observación es empírica porque se producen fenómenos psíquicos inesperados. También nos permite observar la personalidad en su totalidad y de manera espontánea, es una observación activa, objetiva y espontánea. La observación es fundamental en el psicólogo.

- **Tests psicológicos**

- **Cuestionario de Síntomas SRQ**

Este instrumento mide 5 áreas específicas: depresión, ansiedad, alcoholismo, psicosis y epilepsia. Consta de 30 preguntas de fácil indagación, pues presenta opciones de respuesta de SI y NO, brinda la posibilidad de determinar la condición de salud del paciente y valorar la presencia de una condición que pueda estar afectando la salud mental. A continuación, se detallará la puntuación e interpretación del instrumento:

1—20: Si hay 12 respuestas positivas se detectan síntomas de ansiedad o depresión

- 9 – 10: Tristeza
- 21 – 24: Problemas psicóticos
- 25: Problemas neurológicos
- 26 – 30: Si hay una positiva, existe consumo de alcohol.

Este instrumento fue aplicado en la sesión 3, la forma de aplicación fue contando con la predisposición de los pacientes. Se realizaron las 30 preguntas del cuestionario para indagar en situaciones específicas,

prestando especial atención ante las respuestas positivas de los síntomas, tomando en cuenta las necesidades de cada paciente.

Algunos de los síntomas con respuesta positiva fueron los siguientes: poca concentración, dificultad en disfrutar las actividades diarias, tensión, mala digestión, cansancio, tristeza, insomnio, indecisión, desinterés, sentimientos de inutilidad. Mediante la obtención de estos resultados se pudo establecer la importancia de trabajar en las fases de duelo.

- **Inventario de autoestima de Coopersmith**

Es un es un inventario de auto- reporte, en el cual el sujeto lee una sentencia declarativa y luego decide si esa afirmación es “igual que yo” o “distinto a mí”. El inventario consta de 25 preguntas y está referido a la percepción del individuo en diferentes áreas, sirve para medir actitudes valorativas, hacia el sí mismo, en las áreas personal, social, familiar y académica de la experiencia de la persona.

Factores/Dimensiones/Áreas:

- Sí mismo o Yo General
- Social – Padres
- Académico

A continuación, se detalla la puntuación e interpretación del inventario:

1,4, 5, 8, 9, 14, 19, 20: Positivos (SI) equivale a 1

El resto de preguntas debe decir No

- 1 - 12: Autoestima baja
- 13 – 18: Autoestima media
- 19 – 25: Autoestima alta.

El Inventario de Autoestima de Coopersmith fue aplicado después de la aplicación del Cuestionario de Síntomas SRQ. Los pacientes obtuvieron resultados favorables, ya que según los baremos indicaban una autoestima alta. Cabe mencionar que, a excepción de un paciente, su puntaje equivalía a una autoestima baja, con lo cual surgió la necesidad de trabajar en fomentar una autoestima saludable.

- **Test de Zung (depresión)**

El test de Zung es una encuesta corta que se auto administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Consta de 20 preguntas en la que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras. Hay diez preguntas elaboradas de forma positiva, y otras diez, de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (Nada o pocas veces, algunas veces, muchas veces, la mayoría de veces o siempre). A continuación, se detalla la puntuación e interpretación del test:

El rango de calificación es de 20-80.

- 25 - 49 Rango normal
- 50 – 59 Ligeramente deprimido
- 60 - 69 Moderadamente deprimido
- 70 o más Severamente deprimido

Una vez aplicado el Inventario de Autoestima de Coopersmith, se aplicó el Test de Zung a los pacientes, quienes obtuvieron resultados favorables ya que según los baremos obtenidos constan dentro de lo normal, sin psicopatología.

4.7.1.3 Otras herramientas psicológicas

- **Elementos terapéuticos verbales**

Poseen cuatro características para que realmente sean buenos:

1. **Coherencia interna:** Significa que yo no me voy a contradecir en lo que hago, no puede haber contradicciones en las intervenciones terapéuticas. Siempre cualquier intervención terapéutica debe tener una estrategia que la realiza el terapeuta.
2. **No interpretativas:** No puede andar interpretando al paciente. Solo se interpreta cuando uno está seguro, se trata de que sea el paciente quien lo diga.

Las respuestas no interpretativas están enmarcadas por el tipo de intervenciones verbales:

- Señalamiento
- Recapitulaciones
- Preguntas

- Asevero, aseguro, confirmo, afirmo
- Comentarios

La relación es menos asimétrica (El rol del psicólogo siempre debe ser superior)

3. Intervenciones focalizadas: Intervenir de manera activa, focalizando. Dirigirse a la problemática a focalizar así los efectos serán focalizados. Siempre hay que estimular la aportación de material relacionado con el foco.

4. Papel activo participativo: Es lo que va a lograr que realmente se pueda focalizar. Dirigido por el foco con problemas actuales.

- **Tipo de intervenciones verbales**

- **Señalamiento:** Llamado a la autocomprensión del sujeto. Buscamos que relaciones, datos, secuencias. Hace consideraciones significativas (preguntar, acentuar una palabra).
- **Recapitular:** Hacer un resumen. Retomar los puntos iniciales que he tratado con el paciente. Puede ser al final de la sesión, a la mitad de la sesión, la siguiente sesión de lo que se trabajó la sesión anterior.
- **Sugerir:** Dar alternativas. No es una orden, ni un consejo. El paciente la puede tomar o la puede dejar. Significa darle al paciente posibilidades de otras alternativas de actuar o de hacer.
- **Indicaciones:** Son más directas. Es más puntual porque está dirigido a algo específico. Ej: (Terapia de lenguaje, actividad extracurricular)
- **Preguntas e interrogaciones:** Son fundamentales en todo el proceso psicológico, desde entrevista iniciales, en el proceso diagnóstico. Pregunto para conocer, para saber. Las preguntas pueden tener efectos de señalamiento.
- **Afirmaciones:** Asegurar lo que el paciente está diciendo. Tienen un doble beneficio: Puedo confirmar ideas o cosas que ha dicho y que concientice lo que dijo. En el momento que yo afirmo logro que el paciente concientice lo que tenía inconexo (inconsciente).
 - Confirmo ciertas ideas y contenidos que no han sido concientizados por el usuario.

- Fortalecer ciertas funciones del yo. Ej: “Si va a poder” “Yo veo que ud está progresando en esto” “Si usted va a salir adelante”.
- Al paciente uno le da seguridad para tomar una decisión, para arriesgarse hacer algo.
- **Confrontación:** Confronto siempre y cuando haya la seguridad de poder demostrar al paciente lo que se le está diciendo, se hace cuando el paciente está bien enganchado porque a veces los pacientes pueden no tolerar confrontaciones.
- **Catarsis**

(Psicoan.) Tiene una enorme importancia en la historia del psicoanálisis. Implica descarga y corresponde al recuerdo más o menos explosivo de una situación, acompañado de sus componentes afectivos.

En síntesis:

Cada una de las técnicas empleadas permitieron el desarrollo del proceso de intervención en: Rapport (técnicas de relajación); integración y rompe hielo (dinámica nombre fruta); expresión de emociones y sentimientos, catarsis, (Dinámica, silueta humana, casa); construcción de la historia clínica (Coopersmith, SRQ, ZUNG); observación, confrontación, retroalimentación y demás componentes de la intervención verbal (entrevista, elementos de intervención); evaluación del proceso (PNI).

Cada elemento usado compuso el proceso de intervención los cuales generaron cambios significativos en los pacientes, reconociendo la necesidad de la atención psicológica, predisponiéndolos a una participación más activa en futuras intervenciones, a su vez que valoraron cambios intra personales como también a nivel grupal: autoconocimiento, comprensión de la realidad de los compañeros, sentido de hermandad, valoración positiva de la familia como motivación extrínseca, capacidades y cualidades por explorar para sentirse útil, resolver problemas, búsqueda de alternativas médicas para tratar demás dolencias, duelos no elaborados que generan percepciones catastróficas sobre la muerte, necesidad de cambio.

5. Análisis y reflexión

5.1. Lecciones aprendidas

¿Cómo se compara la situación actual con la inicial?

Cambio actitudinal: Los pacientes de hemodiálisis, en su mayoría presentaban indiferencia al tratamiento psicológico. Actualmente existe una notable apertura al mismo.

Pedido de ayuda: A pesar de tener complicaciones a nivel personal, temores, tristezas, sentimiento de abandono, desconocimiento de procedimientos médicos, aislamiento, apatía, no manifestaban su malestar; actualmente expresan necesidad de cambio ante estas problemáticas.

Cohesión grupal: No existía integración entre los compañeros de hemodiálisis, sin embargo, gracias a la intervención psicológica han desarrollado una identidad de grupo.

¿Cuáles son los beneficios tangibles e intangibles?

Los beneficios fueron de tipo intangible: interacción amena entre los pacientes de hemodiálisis, valoración positiva del tratamiento psicológico, refuerzo en su capacidad de resiliencia para enfrentar situaciones estresantes, exploración de otras vías para la solución de problemas, afrontar situaciones dolorosas como muerte de seres queridos con mayor madurez y preparación no solo para la muerte, sino para lo que quede de vida.

Sentimiento de unidad, compañerismo, autoconocimiento, potencializar recursos personales como capacidad de cambio, reconocimiento de habilidades, liberación de remordimientos y sentimientos de culpa, etc.

¿Quiénes han recibido los beneficios?

Los pacientes del servicio de hemodiálisis del horario de lunes, miércoles y viernes de 12 pm a 4 pm.

¿Qué factores del contexto o elementos favorecieron la ampliación de los efectos o el número de beneficiados?

- El acuerdo mutuo entre coordinadores de servicios: Psicología y Nefrología.

- Servicio de enfermería que dispuso de los medios y espacios para el trabajo con los pacientes.
- La sala de hemodiálisis en tanto es un espacio físico donde los pacientes acuden y es normativo encontrarlos.
- La actividad de ser pasantías de los futuros profesionales, ya que los pacientes acuden a una casa de salud y la demanda se generó en el transcurso de las sesiones.

¿Qué factores del contexto o elementos limitaron o restringieron la ampliación de los efectos o el número de beneficiados?

La limitación temporal para el desarrollo de más sesiones que permitieran obtener mayores efectos en los pacientes, como por ejemplo mayor exploración profunda de la personalidad, mayor desarrollo de autonomía, entrenamiento en habilidades sociales, exploración de cualidades, habilidades y destrezas.

¿Cómo socializar la información ordenada y clasificada?

Mediante reporte específico de información, detallando contexto, tema de la sistematización, objetivos, metodología, proceso, resultados, análisis, conclusiones y recomendaciones.

Dificultades superadas

Fase	Dificultades presentadas	Como se superan (estrategias y resultados)	Sugerencias para prevenir dificultades
Exploratoria	Resistencia de los pacientes.	Competencias del personal Habilidades interpersonales Motivar, mostrar interés, responsabilidad y respeto constantemente hacia cada paciente en cada sesión. Capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica Uso de técnicas de relajación: respiración diafragmática y sugerencia de imágenes, para obtener rapport.	Presentación formal por parte del Coordinador encargado
Exploratoria	Recurso material (microparlante)	Apoyo interdisciplinario en la unidad de prácticas Mediante el préstamo del recurso material del Servicio de Nefrología (Parlantes)	Adquisición de recurso material propio.
Intervención	Abordaje de nueva casuística por parte de los pasantes de psicología	Competencias del personal Capacidad para identificar, plantear y resolver problemas Estudiando a mayor profundidad el tema de IRC, analizando el material proporcionado por los pacientes y relacionándolo con los contenidos en psicología.	Información actualizada en temas del campo de la salud para los estudiantes de psicología.

Situaciones de éxito

Fase	Éxitos reconocidos	Como se superan (estrategias y resultados)	Recomendaciones para fases / procesos futuros
Exploratoria	Aplicación de técnicas de relajación: respiración diafragmática, visualización.	Capacidad creativa e innovadora Incorporación de sonidos onomatopéyicos Mediante la utilización de distintos sonidos onomatopéyicos, los resultados obtenidos fue que los pacientes pudieron tener calma y tranquilidad.	Implementar mayor diversidad de sonidos onomatopéyicos, indagando en las preferencias de los pacientes.
Intervención	Ejecución de dinámicas: Silueta humana, casa, nombre – fruta	Capacidad creativa e innovadora Dinámicas de integración Mediante la utilización de una silueta humana, dibujos de casas plasmados en hojas A4. Los resultados obtenidos fueron identificación de fortalezas, la cohesión grupal y exteriorización de aspectos vivenciales.	Realizar dinámicas de integración en la fase de exploración.
Evaluación y cierre	Excelente intervención psicológica	Capacidad creativa e innovadora Dinámicas de integración y evaluación del proceso terapéutico Mediante una dinámica ¿Con qué llegué y con qué me voy? Los pacientes dieron calificativos positivos expresando sensación de bienestar, satisfacción y agradecimiento.	Elaborar fichas con mensajes de agradecimiento.

Errores para no volver a cometer

Fase	Errores identificados	Causas del error	Recomendaciones para fases / procesos futuros
Exploratoria	Dificultades para el reconocimiento de resistencias	Poco convencimiento de la efectividad de la intervención psicológica con los pacientes de hemodiálisis	Realizar lecturas de investigaciones y artículos psicológicos relacionados con este tipo de problemáticas.
Intervención	Mantener una metodología completamente grupal omitiendo al individualizada	Al no reconocer las resistencias de los pacientes, éstas no eran superadas, razón por la cual se asumió en un inicio que podrían expresar sus vivencias, emociones e ideas sin dificultades.	Realizar fichas de observación, analizar cada sesión en grupo para triangular la información de lo ocurrido.
Cierre	Ausencia de compromiso verbalizado	Al observar los efectos producidos durante la intervención y la retroalimentación positiva de parte de los pacientes hacia el trabajo realizado, se asumió que el grupo procurará mantener la dinámica de grupo, dejando atrás actitudes y conductas de aislamiento.	Diseñar estrategias con métodos y técnicas que estimulen la concienciación del grupo hacia metas como unidad de cambio, para mantener el sentido de unidad y pertenencia.

6 Recomendaciones

A Mejoras para la práctica

Consideramos oportuno mencionar una vez más que la formación académica es crucial para el conocimiento de las realidades vivenciadas en el país, sea dentro del ámbito de la salud como en otras perspectivas, el análisis respectivo del trabajo interdisciplinario cada vez más necesario hoy en día, consideramos necesario que los estudiantes tengan acceso a este tipo de información.

El uso de metodologías, técnicas e instrumentos de evaluación e intervención, consideramos que para la pericia de los profesionales el dominio de estas categorías es primordial ya que dan el rigor científico a cada procedimiento usado, esto responde a dominio de esquemas teóricos conceptuales.

La instrucción acerca de la sistematización o de otro método de titulación, es pertinente que se realice antes de que se efectúen las pasantías ya que esto dará más luces a la hora de obtener la información y efectividad del trabajo a realizar.

B Opciones para resolver problemas

Debido a que el estado cada vez articula en los diferentes servicios de atención a la ciudadanía la participación de diversos profesionales para una atención integral, valoramos necesaria la gestión de la universidad en políticas o requerimientos que faciliten los convenios entre instituciones prestadoras de servicio y los centros de formación académica superior, de suerte que existe un doble beneficio, se proporciona material informativo sobre las realidades vivenciadas en dichas unidades de prácticas (también de forma vivencial para que según el nivel de formación los estudiantes tengan acceso a determinadas actividades) y como respuesta a ello, las facultades facilitan estudiantes más competentes para la ejecución de tareas, que la formación académica esté vinculada con el contexto histórico de los estudiantes y centros de formación, ya que quienes se educan es para estar inmersos en estas realidades.

Como incentivo sería pertinente que las pasantías fuesen reconocidas como una experiencia laboral, permitiría el incentivo de parte de los pasantes, perfilar su perspectiva profesional y por último abriría mayores posibilidades en el campo laboral donde requieren que los aspirantes tengan experiencia, pero la experiencia se obtiene en el trabajo, esto es una contradicción.

C Introducción de los resultados en la práctica social

Por último, para la inclusión de los resultados en la práctica social se necesita que se generen vías formales entre unidad de práctica y centros de formación los cuales fundamente los precedentes de los trabajos realizados, antecedentes que sirvan como orientación para los demás estudiantes, incluir aspectos teóricos y prácticos en la revisión académica de las perspectivas que se vivencian en el contexto histórico ecuatoriano.

De esta forma dar continuidad a esfuerzos realizados con una determinada población y no se repitan errores cometidos ni se inicie de cero en un proceso ya abordado, sino más bien reforzar actividades y generar nuevas en función de lo establecido.

Referencias bibliográficas

- Anónimo (2012) Enfermedades catastróficas, raras o huérfanas, según Ministerio de Salud, Diario Universo. Recuperado de: <http://www.eluniverso.com/2012/10/02/1/1445/enfermedades-catastroficas-raras-huerfanas-segun-ministerio-salud.html>
- Anónimo (sf). *Aspectos psicológicos del diagnóstico de la enfermedad* Recuperado de: <http://alcer.org/aspectos-psicologicos-del-diagnostico-de-la-enfermedad-renal-cronica/>
- Bermejo Rubio, N (s.f). *Insuficiencia renal crónica*. Recuperado de: <http://www.webconsultas.com/insuficiencia-renal-cronica/insuficiencia-renal-cronica-2379>
- Campos, J. F. (2000) Los factores terapéuticos: ¿qué es lo que produce cambios en los grupos? *Alternativas: Cuadernos de trabajo social*. (8) 205-229.
- De la Puente Rojas M. (2014). *Autoestima y locus de control en estudiantes de Educación Secundaria*. (Proyecto de investigación) Universidad Católica de Santa María. Facultad de Ciencias y Tecnologías Sociales y Humanidades, Arequipa – Perú.
- Dicaprio, N. S. (1989) *Teorías de la personalidad*. Ciudad de México, México: McGraw-HILL.
- Figuerola Contreras, J. (2012). *La autoestima en el rendimiento escolar de los estudiantes del tercer año de educación básica de la escuela “Enrique Gil Gilbert” de Guayaquil*. (Tesis de grado). Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Psicológicas, Ecuador
- Floril M., (2011) *Calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis Hospital Teófilo Dávila, de octubre del 2007 a enero del 2008* (tesis de maestría). Universidad de Guayaquil, Machala, El Oro.
- González, D. (2008) *Psicología de la motivación*. Ciencias Médicas, La Habana.
- González Gómez T. (2013). *Actitudes ante la muerte y adherencia terapéutica, del paciente con insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo de diálisis peritoneal y su cuidador primario en la unidad de medicina familiar 64 2012*

(tesis de pregrado). Instituto Mexicano del Seguro Social Unidad de medicina familiar no. 64 Tequesquahuac, México.

González, Y., Herrera, L. F., Romero, J. L. & Nieves, Z. (2011, 1 de diciembre). Características del estado emocional en pacientes con enfermedad renal crónica. *Revista PsicologíaCientífica.com*, 13(20). Recuperado de: www.psicologiacientifica.com/enfermedad-renal-cronica-pacientes-estado-emocional/

Organización Mundial de la salud (2016) Temas de salud: enfermedades crónicas. Recuperado de: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

Orozco, A. M., Castiblanco, L. (2015). Factores Psicosociales e Intervención Psicológica en Enfermedades Crónicas No Transmisibles. *colomb. psicol.* 24 (1). doi. Recuperado de: 10.15446/rcp.v24n1.42949

Paniagua, G (2012). *Definición de autoestima: Conceptos de autoestima según diferentes autores y Abraham Maslow*. Recuperado de: <https://psicologosenlinea.net/23-definicion-de-autoestima-conceptos-de-autoestima-segun-diferentes-autores-y-abraham-maslow.html>

Piastro Behar (2015) Yalom, un psiquiatra con el don de la palabra. *Aloma: revista de psicología, ciencias de la educación y del deporte Blanquerna*, 33 (2). Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/revista/40/A/2005>

Raffo P., Wurts C., Aguilar P., Centro de Atención psicosocial (CAPS) y Cánepa M. Instituto interamericano de derechos humanos. Acompañamiento psicológico y terapia psicológica

Rodal Genovez X. (2009) *La insuficiencia renal crónica y su influencia en la relación de pareja de los pacientes de la unidad renal del austro* (tesis de pregrado) Universidad de Cuenca Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Políticas y Sociales, Cuenca – Ecuador.

Tango, I (2015). *Enfermedad renal crónica*. Recuperado de: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000471.htm>

Torre V., (2011) *Motivación intrínseca: fuente de estimulación y mejora en el rendimiento deportivo de los alumnos en la clase de Educación Física*. (Tesis de pregrado). Universidad Abierta Interamericana, Buenos Aires.

Vinogradov, S., Yalom I. D. (1996) *Guía Breve de psicoterapia de grupo*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Villagrán, A (2012) *Estudio de la relación entre el afrontamiento y la herencia al tratamiento en los y las pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, sometidos a hemodiálisis en el Hospital Quito de la Policía Nacional* (tesis de pregrado) Universidad Politécnica Salesiana, Quito.

Zaldívar, D. (2008) *La intervención psicológica*. Guayaquil, Ecuador: Departamento de publicaciones, facultad de psicología.

Zulma Lanz, M. (2006) Aprendizaje autorregulado: el lugar de la cognición, la metacognición y la motivación. *Scielo*, 32 (2). Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s071807052006000200007&script=sci_arttext

Bibliografía

Anónimo (2012). *Definición de autoestima: Conceptos de autoestima según diferentes autores y Abraham Maslow*. Recuperado de: <https://psicologosenlinea.net/23-definicion-de-autoestima-conceptos-de-autoestima-segun-diferentes-autores-y-abraham-maslow.html>

Barrera, D., Canchignia, D., y Meza, J. Proyecto de Investigación para medir el Autoestima Recuperado de: <http://www.monografias.com/trabajos61/medicion-autoestima/medicion-autoestima.shtml>

Centro de formación y estudios INAME (2000). *Informe científico sobre familia y redes*. Recuperado de <http://docplayer.es/13187352-Familia-y-redes-esta-ficha-ha-sido-realizada-por-el-centro-de-formacion-y-estudios-deliname.html>

Consuegra Anaya, N. (2010). *Diccionario de psicología* 2a. ed. Ecoe Ediciones. <http://descargalibros-gratis.com/diccionario-de-psicologia-natalia-consuegra-anaya-2da-edicion/>

Equipo de investigación sociológica. (2010). *Informe científico sobre redes de apoyo social en las personas en situación de vulnerabilidad y exclusión social en la diócesis de Madrid*.

- Fiorini, H. *Teoría y técnicas de psicoterapias*. Ediciones Nueva Visión. Recuperado de: https://es.scribd.com/archive/plans?doc=108615626&metadata=%7B%22context%22%3A%22archive_view_restricted%22%2C%22page%22%3A%22read%22%2C%22action%22%3A%22toolbar_download%22%2C%22platform%22%3A%22web%22%2C%22logged_in%22%3Atrue%7D
- ILLESCAS, O. (2010) *“Garantía estatal de protección a personas con enfermedades catastróficas establecida en el artículo cincuenta de la constitución de la república del ecuador”* (tesina previa a la obtención del diplomado en derecho constitucional y derechos fundamentales) Universidad de Cuenca, Cuenca Ecuador.
- Ministerio del interior (2009) Ley de seguridad social de la policía nacional. Publicada en la Constitución Política de la República del Ecuador N° 798, del 30 de marzo del 2009. Ecuador. Recuperado de: <http://www.ministeriointerior.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/03/LEY-DE-SEGURIDAD-SOCIAL-DE-LA-POLICIA-NACIONAL.pdf>
- Naranjo L. (2014) *Aplicación de la terapia racional emotiva de Ellis para el fortalecimiento de la autoestima en pacientes adultos con insuficiencia renal, atendidos en la clínica de los riñones menydial de la ciudad de Ambato* (tesis pregrado) Universidad Católica del Ecuador, Ambato.
- Naranjo Pereira M., (2009). Motivación: Perspectivas teóricas y algunas consideraciones de su importancia en el ámbito educativo. *Revista Educación*, 33 (2) 154 Página.
- Ramírez Santos A. (2012). *La Motivación*. Recuperado de: <http://motivaciongrupob.blogspot.com/2012/03/motivacion-segun-varios-autores.html>
- Rivera Ledesma, A., Montero López Lena, M., y Sandoval Ávila, R. (2012). Insuficiencia renal crónica terminal y ansiedad ante la muerte. *Revista mexicana de Psicología*. Recuperado de: <http://ulondres.com/investigacionudl/2015/12/22/insuficiencia-renal-cronica-terminal-y-ansiedad-ante-la-muerte/>
- Valek M. (2007) *Autoestima y motivaciones sociales en estudiantes de educación superior* (tesis de maestría) Universidad Rafael Urdaneta Vicerrectorado Académico Decanato de Postgrado e Investigación, Maracaibo.

ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS SRQ



SERVICIO DE PSICOLOGIA CLINICA CUESTIONARIO DE SINTOMAS "SRQ"

Nombres: Luis Martin Acosta

Edad: 58 Fecha:

- | | |
|--|--|
| 1.- Tiene frecuentes dolores de cabeza? | SI ☐ NO ☒ |
| 2.- Tiene mal apetito? | SI ☐ NO ☒ |
| 3.- Duerme mal? | SI ☐ NO ☒ |
| 4.- Se asusta con facilidad? | SI ☐ NO ☒ |
| 5.- Sufre de temblor en las manos? | SI ☐ NO ☒ |
| 6.- Se siente nervioso, tenso aburrido? | SI ☐ NO ☒ |
| 7.- Sufre de mala digestión? | SI ☐ NO ☒ |
| 8.- No puede pensar con claridad, no se concentra? | SI ☐ NO ☒ |
| 9.- Se siente triste? | SI ☒ NO ☐ |
| 10.- Lloro Ud. con mucha frecuencia? | SI ☐ NO ☒ |
| 11.- Tiene dificultades en disfrutar sus actividades diarias? | SI ☐ NO ☒ |
| 12.- Tiene dificultades para tomar decisiones? | SI ☐ NO ☒ |
| 13.- Tiene dificultades en hacer su trabajo? | SI ☐ NO ☒ |
| 14.- Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida? | SI ☐ NO ☒ |
| 15.- Ha perdido interés en las cosas? | SI ☐ NO ☒ |
| 16.- Siente que usted es una persona inútil? | SI ☐ NO ☒ |
| 17.- Ha tenido la idea de acabar con su vida? | SI ☐ NO ☒ |
| 18.- Se siente cansado todo el tiempo? | SI ☐ NO ☒ |
| 19.- Tiene sensaciones desagradables en su estómago? | SI ☐ NO ☒ |
| 20.- Se cansa con facilidad? | SI ☐ NO ☒ |
| 21.- Siente usted que alguien le persigue para causarle daño? | SI ☐ NO ☒ |
| 22.- Cree usted tener "poderes especiales"? | SI ☐ NO ☒ |
| 23.- Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento? | SI ☐ NO ☒ |
| 24.- Oye voces sin saber de dónde viene o que otras personas no pueden oír? | SI ☐ NO ☒ |
| 25.- Ha tenido convulsiones ataques o caídas al suelo con movimientos de brazo y piernas o pérdida de conocimiento? | SI ☐ NO ☒ |
| 26.- Alguna vez le ha parecido a su familia sus amigos o a su Médico que usted está bebiendo demasiado licor? | SI ☐ NO ☒ |
| 27.- Alguno vez ha querido dejar de beber pero no ha podido? | SI ☐ NO ☒ |
| 28.- Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo a causa de la bebida como beber en su sitio de trabajo o faltar a él? | SI ☐ NO ☒ |
| 29.- Ha estado en riñas o discusiones estando ebrio? | SI ☐ NO ☒ |
| 30.- Le ha parecido alguna vez que usted bebe demasiado? | SI ☐ NO ☒ |

Tristeza

OBSERVACIONES:

.....

.....

ANEXO 2

INVENTARIO DE AUTOESTOMA COOPERSMITH



HOSPITAL DOCENTE DE LA POLICIA ANACIONAL G-2

SERVICIO DE PSICOLOGIA CLÍNICA

INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH

Nombre: Mario Ricardo Puentes Gonzales Edad: 67 Sexo: H

Escolaridad: Secundaria Ocupación: _____

Lea detenidamente las oraciones que a continuación se presentan y responda SI o NO de acuerdo a la relación en que lo expresado se corresponda con ud. No hay respuestas buenas o malas, se trata de conocer cuál es su situación de acuerdo con el asunto planteado.

- | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.- ¿Generalmente los problemas me afectan muy poco? | Si | No ☒ |
| 2.- ¿Me cuesta trabajo hablar en público? | Si ☒ | No |
| 3.- ¿Si pudiera cambiaría muchas cosas de mi ? | Si | No ☒ |
| 4.- ¿Puedo tomar una decisión fácilmente? | Si | No ☒ |
| 5.- ¿Soy una persona simpática? | Si | No ☒ |
| 6.- ¿En mi casa me enoja fácilmente? | Si ☒ | No |
| 7.- ¿Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo? | Si | No ☒ |
| 8.- ¿Soy popular entre las personas de mi edad? | Si | No ☒ |
| 9.- ¿Mi familia generalmente tiene en cuenta mis sentimientos ? | Si | No ☒ |
| 10.- ¿Me doy por vencido(a) fácilmente? | Si | No ☒ |
| 11.- ¿Mi familia espera demasiado de mi ? | Si ☒ | No |
| 12.- ¿Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy? | Si | No ☒ |
| 13.- ¿Mi vida es muy complicada? | Si | No ☒ |
| 14.- ¿Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas? | Si ☒ | No ☒ |
| 15.- ¿Tengo mala opinión de mi mismo? | Si | No |
| 16.- ¿Muchas veces me gustaría irme de casa? | Si | No |
| 17.- ¿Con frecuencia me siento con disgusto en mi trabajo ? | Si | No ☒ |
| 18.- ¿Soy menos guapo (o bonita) que la mayoría de la gente? | Si ☒ | No |
| 19.- ¿Si tengo algo que decir, generalmente lo digo? | Si | No ☒ |
| 20.- ¿Mi familia me comprende? | Si | No ☒ |
| 21.- ¿Los demás son mejores aceptados que yo? | Si | No ☒ |
| 22.- ¿Siento que mi familia me presiona? | Si | No ☒ |
| 23.- ¿Con frecuencia me desanimo con lo que hago? | Si | No ☒ |
| 24.- ¿Muchas veces me gustaría ser otra persona? | Si | No ☒ |
| 25.- ¿Se puede confiar muy poco en mí? | Si | No ☒ |

Observaciones: 12 Autoestima baja

ANEXO 3 TEST DE ZUNG



HOSPITAL DOCENTE DE LA POLICIA NACIONAL G-2

Servicio de Psicología Clínica

TEST DE ZUNG

Nombre del paciente: Marco Vazcones

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____

Por favor señale una respuesta de cada uno de los 20 ítems.	Nada o pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	La mayoría de veces o siempre
1.- Me siento abatido, desanimado y triste		✓ 2		
2.- Por la mañana es cuando mejor me siento				✓ 1
3.- Tengo ataques de llanto o deseo de llorar	✓ 1			
4.- Tengo problemas de sueño durante la noche	✓ 1			
5.- Como igual que antes	✓ 4			
6.- Disfruto mirar, conversar y estar con mujeres / hombres atractivos.				✓ 1
7.- Noto que estoy perdiendo peso	✓ 1			
8.- Tengo problemas de estreñimiento.	✓ 1			
9.- Mi corazón late más rápido de lo acostumbrado		✓ 2		
10.- Me canso sin motivo	✓ 1			
11.- Mi mente está despejada como siempre				✓ 1
12.- Me resulta fácil hacer todo lo que solía hacer.		✓ 3		
13.- Me encuentro intranquilo y no puedo estar quieto	✓ 1			
14.- Tengo esperanzas en el futuro				✓ 1
15.- Soy más irritable que de costumbre		✓ 2		
16.- Tomo las decisiones fácilmente.		✓ 3		
17.- Siento que soy útil y necesario				✓ 1
18.- Siento que mi vida está llena				✓ 1
19.- Siento que los demás estarían mejor sin mí, si estuviera muerto		✓ 2		
20.- Sigo disfrutando con lo que hacía.		✓ 3		

Puntaje Total: 33

Apreciación: Dentro de lo normal, sin psicopatología

ANEXO 4
FICHA PSICOLÓGICA CLÍNICA



HOSPITAL DE LA POLICIA NACIONAL GUAYAQUIL No. 2
FICHA PSICOLOGICA CLINICA

I.- DATOS DE FILIACION:

H.C.U. _____

Nombres: _____

Edad: _____ Lugar y Fecha de Nac. _____

Escolaridad: ----- Ocupación: -----

Estado Civil: ----- Religión: -----

Domicilio: -----

Remitido por: -----

II.- MOTIVO DE CONSULTA:

III.- ANTECEDENTES PERSONALES

IV.- ANTECEDENTES Y SITUACION FAMILIAR:

V.- ENFERMEDAD ACTUAL.-

VI.- EXAMEN DIRECTO DE LAS FUNCIONES PSIQUICAS:

VII.- TESTS PSICOLOGICOS:

VIII.- PSICODIAGNOSTICO:

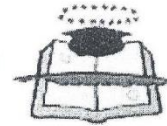
IX.- PSICOTERAPIA:

X.- RECOMENDACIONES PSICOTERAPEUTICAS:

RESPONSABLE



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
Carrera de Psicología
Consentimiento Informado



La información proporcionada por usted será de uso exclusivo del ámbito profesional investigativo, contamos para ello con su consentimiento y aprobación para dicho fin.

CONTENIDO:

Datos del estudio para el que se otorga el consentimiento

Pasantes de psicología:

- Joselin Castro Villamar
- Ferney Cortez López

Título proyecto "La intervención psicológica como factor motivacional para la aceptación de la enfermedad de los pacientes con insuficiencia renal crónica que asisten a hemodiálisis en el Hospital Docente de la Policía Nacional G-2".

Centro: Hospital Docente de la Policía Nacional G-2

Datos del participante/paciente

Nombre: Esteban Muñoz

1. Declaro que he leído la Hoja de Información al Participante sobre el estudio citado y acepto participar en él.
2. Se me ha entregado una copia de la Hoja de Información al Participante y una copia de este Consentimiento Informado, fechado y firmado. Se me han explicado las características y el objetivo del estudio y los posibles beneficios y riesgos del mismo.
3. Se me ha dado tiempo y oportunidad para realizar preguntas. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.
4. Sé que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.
5. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mi tratamiento médico futuro.

ACEPTO ☒

NO ACEPTO ☐

Mi consentimiento para la participación en el estudio propuesto

Fecha: 16/11/15

Firma del participante/paciente

Hago constar que he explicado las características y el objetivo del estudio genético y sus riesgos y beneficios potenciales a la persona cuyo nombre aparece escrito más arriba. Esta persona otorga su consentimiento por medio de su firma fechada en este documento

Fecha: 16/11/15

Firma de los pasantes o personas que proporciona la información y la hoja de consentimiento: