



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

**DISEÑO DE UNA GUÍA DE PSICOTERAPIA GRUPAL PARA
PACIENTES RENALES CRÓNICOS DE LA UNIDAD DE DIÁLISIS DEL
HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO DE LA CIUDAD DE
GUAYAQUIL**

En opción al grado académico de Magister en Psicología Clínica

AUTORA:
Lirio Loreley Flor Mendoza

Guayaquil, noviembre del 2016



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

UNIDAD ACADÉMICA: DIRECCIÓN DE POSTGRADO

**DISEÑO DE UNA GUÍA DE PSICOTERAPIA GRUPAL PARA PACIENTES CON
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA DE LA UNIDAD DE DIÁLISIS DEL HOSPITAL
TEODORO MALDONADO CARBO**

En opción al grado académico de Magister en Psicología Clínica

AUTOR (A):

Lirio Loreley Flor Mendoza

TUTORA:

MSc. Nadia Soria Miranda

Guayaquil, noviembre del 2016

DEDICATORIA

*A mi familia por el apoyo incondicional en este proceso de aprendizaje por
Motivarme para seguir escalando peldaños importantes y lograr finalizar mi objetivo
profesional .Con todo mi amor para las personas que hicieron
Todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, esta tesis se la dedico a Ustedes*

A la memoria de mis padres

Mi esposo

Mi hija

Psic. Clin : Lirio Flor Mendoza

AGRADECIMIENTO

Expreso mi agradecimiento a:

Dios por acompañarme y darme fortaleza en los momentos difíciles y por la oportunidad de superación y culminación en mi vida profesional.

La academia que ha sido parte importante en mi vida, La Universidad estatal de Guayaquil, la facultad de ciencias Psicológicas, por brindarme la oportunidad de seguir preparándome como profesional.

La dirección de esta academia y a todos y cada uno de los maestros que brindaron sus conocimientos de una manera desinteresada y generosa para mi formación, a mi tutora que me apoyo y me instruyo para poder culminar mi tesis.

Mis compañeros de maestría Psicología clínica de la Universidad Estatal de Guayaquil. Por su amistad, compañerismo, paciencia y esfuerzo grupal.

Mis compañeros de trabajo, en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, por la oportunidad de ser parte de tan prestigiosa institución

Psic. Clin : Lirio Flor Mendoza

DISEÑO DE UNA GUÍA DE PSICOTERAPIA GRUPAL PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA DE LA UNIDAD DE DIÁLISIS DEL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO

Autora: Lirio Loreley Flor Mendoza

RESUMEN

La presente investigación gira en torno a un “Diseño de una guía de psicoterapia grupal para pacientes renales crónicos de la Unidad de Diálisis del Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil”, problemática psicosocial de este grupo de pacientes, cuyo objetivo es para mejorar su calidad de vida e incorporación a la sociedad. La metodología empleada es descriptiva-analítica, donde se evidencia la asistencia mensual de aproximadamente 1120 pacientes que van en busca de un tratamiento de hemólisis o diálisis peritoneal en la Unidad de Diálisis del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, y que con un tratamiento de intervención psicoterapéutico grupal, permitirá a los pacientes renales crónicos, la aceptación del proceso de su tratamiento y por ende mejor su calidad de vida. Se realizó una guía psicoterapéutica grupal la misma que fue evaluada por expertos en las siguientes valoraciones: Grado de competencia de los expertos cuyo resultado fue alto; Grado de argumentación del experto Alto; y sobre la propia Valoración de la Guía de Psicoterapia Grupal ha sido calificada como muy adecuado. Conclusión la guía psicoterapia grupal es pertinente aplicarla en pacientes con insuficiencia renal en la Unidad de Diálisis del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, porque permitirá al paciente elevar el nivel de salud mental, mejorar la adherencia al tratamiento.

Palabras claves: Psicoterapia grupal, Insuficiencia Renal,

DESIGN OF A GROUP PSYCHOTHERAPY GUIDE FOR PATIENTS WITH CHRONIC RENAL INSUFFICIENCY OF THE DIALYSIS UNIT OF THE HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO

Author: Lirio Loreley Flor Mendoza

ABSTRAC

The present research revolves around a "Design of a guide for group psychotherapy for chronic renal patients of the Dialysis Unit of Teodoro Maldonado Carbo Hospital in the city of Guayaquil", a psychosocial problem of this group of patients, whose objective is Improve their quality of life and incorporation into society. The methodology used is descriptive-analytical, which shows the monthly attendance of approximately 1120 patients seeking a treatment of hemolysis or peritoneal dialysis in the Dialysis Unit of the Hospital Teodoro Maldonado Carbo, and that with a treatment of group psychotherapeutic intervention, Chronic kidney patients, acceptance of the treatment process and thus better quality of life. A group psychotherapeutic group was performed the same as was evaluated by experts in the following assessments: Degree of competence of the experts of their result was high; Degree of argument of the High expert; And on the own Evaluation of the Group Psychotherapy Guide has been rated as very suitable. Conclusion The group psychotherapy guide is pertinent to apply it in patients with renal failure in the Dialysis Unit of Teodoro Maldonado Carbo Hospital, because to make the patient raise the level of mental health, improve adherence to treatment.

Key words: Croup psychotherapy, Renal Insufficiency,

Key words: Croup psychotherapy, Renal Insufficiency

ÍNDICE

PORTADA.....	I
PORTADILLA.....	II
DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTO.....	VI
RESUMEN.....	V
ABSTRAC	VI
ÍNDICE	VII
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I.....	12
MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN	12
1.1 Insuficiencia Renal Crónica	12
1.1.2 Insuficiencia renal crónica en el mundo.....	13
1.1.3 Situación de pacientes con enfermedad renal crónica en Ecuador.....	15
1.1.4 Dimensión Psicosocial Asociada a la Insuficiencia Renal Crónica	16
1.2 Factor psicosocial en el área personal	17
1.2.1Factor Social	17
1.2.2La psicología aplicada al servicio de Nefrología.....	18
1.3 Intervención Psicoterapéutica a Pacientes Renales Crónicos.....	19
1.3.1 Psicoterapia Grupal	19
1.3.2Las Fases del duelo en pacientes con enfermedad renal crónica.....	20
1.3.3Factores que inciden en el duelo	22
1.3.3.1 Los factores de riesgo y de protección	23
1.3.3.2 Evaluación inicial.....	23
1.4 Tratamiento cognitivo-conductual para paciente con enfermedad renal sometidos a diálisis	24
1.5 Papel del Psiconefrólogo	25
2. Términos conceptuales.....	26
3. Marco Legal	28
CAPÍTULO II.....	30
METODOLOGÍA INVESTIGACIÓN	30
2.1 Situación problemática	30
2.2 Planteamiento del problema de investigación.....	31

2.3	Formulación de los objetivos	32
2.3.1	Objetivo general	32
2.3.2	Objetivos específicos.....	32
2.4	Perspectiva general y tipo de investigación	32
2.5	Hipótesis y/o preguntas científicas	34
2.6	Definición de variables, categorías o constructos	34
2.7	Población y Muestra	35
2.7.1	Población	35
2.7.2	Muestra.....	35
2.7.3	Criterios de Inclusión	35
2.7.4	Criterios de Exclusión	36
2.8	Métodos, Técnicas e instrumentos	36
2.9	Procedimientos	39
CAPÍTULO III		40
ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....		40
3.1	Análisis de resultados por objetivos	40
3.1.1	Resultados del objetivo específico 1. Identificar las características de la situación de salud y psicológica en el proceso del tratamiento de pacientes renales crónicos, en la unidad de diálisis. 40	
3.1.2	Resultados del objetivo específico 2. Elaborar un diseño psicoterapéutico grupal para pacientes con IRC de la Unidad de Diálisis del hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil.	45
3.1.3	Resultados Objetivo 3. Corroborar el diseño de intervención psicológica a través de la valoración de juicio de expertos.	64
CONCLUSIONES		67
RECOMENDACIONES		70
BIBLIOGRAFIA.....		71
ANEXOS.....		73

INTRODUCCIÓN

El presente estudio radica en cómo las terapias grupales facilitan el proceso de aceptación de la enfermedad en pacientes renales crónicos, la Unidad de Diálisis del Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, es expuesto como objeto de estudio para contribuir en mejorar su estilo de vida, y el pronóstico de la enfermedad.

La Sociedad Chilena de Nefrología (2009) sostiene que la enfermedad renal crónica (ERC) es reconocida como un problema de salud pública global, por su carácter epidémico y las complicaciones devastadoras que produce, la falta de reconocimiento precoz de ERC produce consecuencias ya que la declinación de la función renal se asocia directamente a la acumulación de complicaciones, que devienen en un pronóstico adverso, como la probabilidad de que el paciente con ERC fallezca de complicaciones cardiovasculares es mucho mayor que a progresión a falla renal terminal (Juan C Flores, 2009).

El impacto psicosocial que le produce al individuo que recibe el diagnóstico de una enfermedad renal crónica es impactante por los eventos adversos que produce en el tratamiento y la incertidumbre por el deterioro del estado de salud, la ansiedad también es una reacción emocional compleja donde los componentes cognitivos están acentuados, que surge de la amenaza del bienestar físico y/o psicológico del individuo.

Según Rudnicki (2006), refiere que la aceptación de la enfermedad y el tratamiento que el caso requiere, es como un proceso de luto, para los paciente renales crónicos en tratamiento de hemodiálisis, esta capacidad del rechazar el luto supone mucho más que tolerarse conectados a la máquina, como principal factor para aliviar sus dificultades; pero esto además supone trabajar con conflictos antiguos, comprometerse con su nueva imagen corporal, asumir una nueva identidad la de enfermo renal crónico en tratamiento de hemodiálisis, al alejarse de sus familiares, el hogar, sus amigos y del trabajo.

La psicología aplicada a pacientes nefrológicos, permite una adecuación psicológica para una mejor y más completa comprensión del enfermo renal crónico, especialmente bajo tratamiento de las hemodiálisis que presentan su diagnóstico y tratamiento de factores emocionales que permean, agravan o causan mayores dificultades en su vida.

Por ello, para que un paciente con patología de insuficiencia renal crónica lleve una mejor calidad de vida a pesar de eventos adversos de su tratamiento, se requiere que este asuma o acepte el proceso del mismo, es por ello el propósito de realizar una guía de intervención psicoterapéutico grupal para este grupo de pacientes. La enfermedad renal crónica se relaciona a la pérdida de las relaciones y lazos afectivos (Nobe, 2001); a sus actividades laborales, y entre los trastornos están de tipo emocional por sus diversos cambios de vida, por ello, los pacientes toman una posición pesimista y fatalista del futuro.

Según Aymara (2003) refiere al respecto que el apoyo social en la salud de los pacientes con insuficiencia crónica renal facilita la adaptación al tratamiento dialítico, refiere además que este apoyo social define sus características cuantitativas y objetivas de la red de apoyo social, así como el tamaño, densidad, dispersión geográfica y vínculos sociales.

Según Pastor (2010), refiere que el proceso de duelo desde la psicología ha desarrollado teorías que explican tanto el proceso en sí, cada caso es concreto, único y en el duelo no existen universalidades, el duelo hace referencia a la evolución, las emociones que incluyen además los procesos mentales que impliquen.

La Organización Mundial de la Salud – OMS (2012) refiere que la salud es un estado completo de bienestar físico mental y social, no solo la ausencia de afecciones o enfermedades, por lo que destaca que el cuerpo y la mente son una unidad, aunque la enfermedad afecte al cuerpo la mente también se verá afectada.

Las enfermedades crónicas hacen experimentar diversos problemas como dolor físico, cansancio, etc., y en lo que se refiere a los aspectos psicológicos son incertidumbres hacia el futuro, ansiedad, depresión, deterioro en la calidad de vida, todo este proceso es lo que experimenta un paciente con insuficiencia renal crónica.

Según Seneca (2009) sostiene que “parte de la curación está en la voluntad de sanar”, el duelo es un proceso dinámico que se experimenta de manera diferente en cada individuo, la familia también puede experimentar el proceso de duelo, a pesar que las implicaciones emocionales no es considerado como un trastorno depresivo, pero a pesar de ello esto no implica que quien lo experimenta no requiera ayuda profesional.

De allí que el presente estudio plantea una guía de psicoterapia grupal para la pacientes con enfermedad renal crónica, que permita mejorar la capacidad de afrontamiento y la adherencia al tratamiento, el estudio se ha dividido en tres capítulos, en el primer capítulo se abordan los sustentos teóricos sobre la enfermedad renal y la psicoterapia grupal en pacientes crónicos. Estos aportes sin duda permiten comprender las características de la enfermedad y tipos de tratamiento.

En el segundo capítulo se presenta la metodología utilizada, las variables y objetivos de estudio, así como el procedimiento desarrollado para la recolección de datos y elaboración de la propuesta. El tercer capítulo plantea de manera ordenada y sistemática los resultados de la investigación, en dos momentos, datos relacionados con la situación de salud de los pacientes que acuden al servicio de diálisis; y por otro lado los datos obtenidos de la validación de la guía por juicio de expertos. Finalmente se presentan las conclusiones y recomendaciones en concordancia con los objetivos planteados, la discusión de resultados con soporte teórico, finalmente la guía de psicoterapia de grupo, validada y revisada a partir de los aportes de los expertos.

CAPÍTULO I

MARCO TÉORICO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Insuficiencia Renal Crónica

De acuerdo a una investigación realizada en la ciudad de Riobamba – Ecuador (Chafra & Ledesma, 2012) sobre efectos psicosociales en pacientes con insuficiencia renal crónica atendidos en el Instituto Menydia, se encontró que entre los trastornos que presentan los pacientes, están los de tipo psicológico por los múltiples cambios en su estilo de vida, tiene además una evolución incierta.

Los pacientes ante un diagnóstico como la insuficiencia renal crónica, asumen una posición pesimista, deprimiéndose y no logran adaptarse a las nuevas exigencias, otros asumen agresividad, ansiedad, comportamientos reactivos ante la enfermedad, intolerancia, egocentrismo, temor, hipocondría, dificultades en las relaciones interpersonales y conflictos familiares. En esta investigación se pudo observar que enfocaron su acción en buscar una solución que aporte para mejorar la calidad de vida de estos pacientes, porque supone una amenaza a la integridad física del enfermo y que además, constituye una amenaza a su salud psíquica y la de su grupo social.

En el tema de investigación sobre “El apoyo familiar a los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis del Centro Contigo Da Vida en la Provincia de Tungurahua, Cantón Ambato, cuya autora (Barragán, 2015) y (Tanya, 2015) de la Universidad Técnica de Ambato, refiere que la familia como fuente de apoyo es fundamental en la adherencia al tratamiento de hemodiálisis, porque impulsan la creación de ambientes afectivos seguros

permitiendo reforzar los lazos de amor y comunicación, que ayudan a los pacientes a sobrellevar la enfermedad.

Por tanto, el objetivo de esta dicha investigación fue determinar la influencia del Apoyo Familiar a los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis de dicho Centro, la insuficiencia renal impacta negativamente no solo en la salud del paciente sino también a su entorno familiar, en vista de las altas necesidades de cuidado, afecto, medicina y supervisión que requieren estas personas para recuperar su salud, la instituciones de salud poco han hecho para vincular a la familia en este proceso.

Por lo que este estudio demuestra la importancia del apoyo familiar en la adherencia al tratamiento de hemodiálisis, y como la capacidad emocional tiene la familia para ayudar al paciente en sobrellevar su enfermedad dentro de un ambiente sano y con soporte afectivo y evitar la desintegración y posterior caos social.

1.1.2 Insuficiencia renal crónica en el mundo

La Organización Mundial de la Salud – OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión – Slanh (2015), hacen un llamado a prevenir la enfermedad renal crónica y a mejorar el acceso a su tratamiento, estrategias enfocadas a la reducción de la brecha que separa a los pacientes del tratamiento que puede prolongar y salvarles la vida.

Esta enfermedad afecta alrededor del 10% de la población mundial, se puede prevenir pero no curar, esta patología es progresiva, silenciosa y no presenta síntomas hasta etapas avanzadas, es decir en el proceso de las diálisis y el trasplante de riñón, siendo este procedimiento altamente invasivas y costosas, es por ello que la OMS advierte que si no se toman acciones preventivas y

evitar su progreso en todas avanzados, más personas la padecerán y los países tendrán que lidiar con mayores costos sanitarios en el futuro.(OMS2015).

En Chile la enfermedad renal crónica IRC, entre el 8 y 10% de la población general adulta tiene algún daño renal, evidenciado por proteína o micro albuminuria, si se incluye la hematuria se incrementa hasta un 18%, en Cuba el comportamiento es similar, la morbilidad es mucho más frecuente de lo que generalmente se cree en la práctica médica.

En países desarrollados la tasa de prevalencia es aproximadamente entre 500 a 1.400 pacientes por millón de habitantes, la incidencia de nuevos pacientes que ingresan al tratamiento sustitutivo es aproximadamente 300 a 340 pacientes por millón de habitantes y se incrementa alrededor de un 10% anualmente. En los países en vías de desarrollo ambas tasas son mucho menores y está en correspondencia con su nivel económico.

Los altos costos de los tratamientos, las limitaciones en el acceso a los servicios y los insuficientes presupuestos en salud en la mayoría de los países en vía de desarrollo, entre otros factores, tiene una repercusión importante humana, ética, económica, social y política para enfrentar este problema de sanitario.

El Instituto Nacional de Estadística de España (2012), refiere que una de cuatro personas entre 16 y 64 años declara tener alguna enfermedad o problema de salud crónico. En 1990 de cada 10 altas hospitalarias, el 2,5% eran de personas con más de 64 años de edad, dos décadas después, ese indicador pasa a ser de 4 a cada 10 (41%), la estancia media en días de ingreso hospitalario, aumenta claramente la edad.

La encuesta nacional de salud del Instituto Nacional Electoral INE del 2006 indicaba que el 39% de las personas acudían a urgencias tenían más de 65 años, esto también se hace evidente en las recetas médicas del 2002 y 2010 creció fundamentalmente debido al extraordinario aumento que se produjo en el grupo de más de 65 años, que fue de un 48%, cuando dicha población apenas había crecido un 1% (Selgas, 2016).

1.1.3 Situación de pacientes con enfermedad renal crónica en Ecuador

La insuficiencia renal crónica afecta a dos millones de personas en el mundo, según en Instituto Nacional de Estadística y Censo – INEC del 2012 en Ecuador se contabilizan 6.611 enfermos. Sólo en Guayas, el Ministerio de Salud Pública MSP, asiste a 1.700 personas con esta patología, de ellos el 90% debe someterse a sesiones de hemodiálisis y el 10% restante a diálisis peritoneales. En el hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social – IESS, se asiste a 416 usuarios con sesiones de hemodiálisis y a 98 con diálisis y en el área de Diálisis Peritoneal del servicio de Nefrología se reciben entre cuatro y cinco pacientes nuevos.

Según, Jiménez (2014) nefróloga del IESS refiere que la hipertensión arterial ocasiona más enfermos renales en el Ecuador, de ahí resalta la importancia del control de los índices de azúcar y la tensión, de lo contrario se afectará al riñón e incluso otros órganos importantes como el cerebro, el corazón, los pulmones, etc. La última opción según Mosquera (2014) Nefróloga del Hospital Vernaza es el trasplante de riñón con donante cadavérico, de acuerdo con el reporte estadístico del Instituto Nacional de Donación y Trasplante INDOT (2009) en Ecuador se han efectuado 399 trasplantes de riñón en adultos, en el 2011 se intervino a 45 niños en el Hospital Metropolitano de Quito y la Clínica Alcívar de Guayaquil.

La Organización Panamericana de Salud y la Organización mundial de Salud OPS OMS instan a los proveedores de salud a realizar pruebas de detección en pacientes con alto riesgo, entre ellos los diabéticos e hipertensos y exhorta a la ciudadanía a mantener estilos de vida saludables.

1.1.4 Dimensión Psicosocial Asociada a la Insuficiencia Renal Crónica

El ser humano es un ser global por sus componentes biológicos y sociológicos está en constante interacción en su entorno en el cual está inmerso, investigadores como Vinaccia y Orozco (2005) evidenciaron la importancia de la psicología de la salud en el abordaje de la enfermedad crónica, así como la necesidad de un trabajo inter y transdisciplinario en su tratamiento, por lo que estos autores destacan la necesidad de abordar este tipo enfermedades desde lo psicosocial permite entender más coherentemente la enfermedad crónica ubicando dentro de un espacio dinámico que cambia a lo largo del tiempo, según se modifiquen las interacciones funcionales entre sus diversos componentes.

Para Brannon y Feisrt (2011), refiere que las patologías crónica renales no sólo alteran al paciente por el proceso de adaptación que implican, sino que pueden producir dificultades económicas, cambiar la visión que la persona tiene de sí misma, afectar la relación con sus miembros de su familia y amigos.

Los factores psicosociales de los pacientes renales crónicos, tienen que ver con problemáticas familiares y económicas asociadas en la mayoría de los casos, en vista que este paciente debe dializarse hasta tres veces por semana con un costo alto para sí mismo y la familia y a medida que le enfermedad avanza, el problema del paciente se complica mucho más tomando en cuenta el impacto que le genera desde el punto de vista laboral y de disponibilidad de sus propios recursos.(Pérez Gina Cynthia, 2010).

1.2 Factor psicosocial en el área personal

En el área personal el enfermo siente malestar físico y emocional, el cambio en el estilo de vida, pérdida de independencia y alteraciones en el autotconcepto y en su autoestima, el diagnóstico de la presencia de la enfermedad lo impacta emocionalmente y lo obliga a realizar cambios en su estilo de vida, este va a determinar por la interacción entre las características personales individuales, sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.

La pérdida de la independencia es uno de los factores que crea uno de los mayores conflictos en el paciente renal, el tratamiento de las diálisis lo deja cada vez más en situación de dependencia de su entorno porque la enfermedad cada día va incrementando la intensidad de su postración, esto terminaría con un trasplante exitoso para asumir nuevamente su independencia.(Pérez Gina Cynthia, 2010).

1.2.1Factor Social

Según Nobe (2001) sostiene que esta área los problemas se relacionan con la pérdida de las relaciones y lazos afectivos, empleo del tiempo y cambios a nivel laboral, entre los trastornos que se presentan están de tipo emocional por sus múltiples cambios de vida, además por su evolución incierta, los pacientes toman una posición pesimista y fatalista hacia el futuro, se deprimen y no logran adaptarse a las nuevas exigencias, otros reflejan agresividad, ansiedad, intolerancia, egocentrismo, temor, hipocondría, dificultades en las relaciones interpersonales y conflictos familiares.

El apoyo social influye en la salud física de los pacientes con insuficiencia renal crónica , la presencia de apoyo sociofamiliar facilita la adaptación al tratamiento dialítico, según Aymara(2003), el apoyo social posee una estructura definida por las características cuantitativas u objetivas de la red de apoyo social, tales como tamaño, densidad, dispersión geográfica, así

como los vínculos sociales. El paciente y sus maneras particulares de defensa ante la enfermedad, así como el apoyo de los recursos médicos hospitalarios, el equipo humano que lo sostiene y la familia son aristas importantes para evitar problemas de aislamiento del paciente renal crónico, por lo que toda información recabada muestra el impacto de factores psicosociales y en como repercuten sobre la calidad de vida del paciente con insuficiencia renal crónica(Pérez Gina Cynthia, 2010).

1.2.2La psicología aplicada al servicio de Nefrología

La psicología aplicada en la nefrología considera su medio ambiente y su contexto sociocultural, se toma en cuenta la educación, creencias, religión, empleo, familia, sexo, edad, profesión, vivienda, alimentación, tratamiento y repercusiones, estos aspectos permiten tener una visión más comprensiva del paciente con su medio, así como las relaciones con dichas variables. La psicología aplicada a la nefrología permite una mejor y más completa comprensión del enfermo renal crónico, ya que presenta factores emocionales que agravan o causan mayores dificultades en la vida del paciente, estas dificultades pueden aparecer en diversas formas como la no aceptación de la enfermedad y del tratamiento.

Según Bingaman (1980) en sus investigaciones sostiene que los pacientes renales crónicos, pueden presentar alguna mejoría temporal o desarrollar otras enfermedades incluso quejas u otros síntomas que pueden ser de difícil entendimiento si no se concibe al ser humano como un todo integrado. El conocimiento de los aspectos psicológicos de los pacientes renales ayuda a la comprensión y en el manejo frente a las difíciles situaciones que se presentan, por lo que se entiende la necesidad de un trabajo interdisciplinario que busque la atención global del enfermo. Comparada con otras áreas de la medicina, la necesidad de una comprensión psicológica de este grupo de paciente (Rudnicki Tânia, 2006).

1.3 Intervención Psicoterapéutica a Pacientes Renales Crónicos

1.3.1 Psicoterapia Grupal

Según Homans (1997) brinda el concepto de grupos a la “serie de persona que durante un lapso de tiempo un trato mutuo frecuente y cuyo número es reducido como que cada uno pueda entrar en relación con todos los demás frente a frente”. Por otro lado, la terapia grupal cobró gran impulso en la segunda guerra mundial, en esto se destacaron los británicos tales como E. James Anthony, Sh Foulkes, W. R. Bion A Wel y Erick Berne (1944).

La psicología social brinda el concepto de dinámica grupal la importancia del liderazgo y fuerzas, tensiones que se dan dentro del mismo así como cuestiones referentes al cambio y a la resistencia al mismo. Moissonneuve (1973). Por otro parte, Von Bertalanffy (1981) sostiene que la teoría general de los sistemas se muestra como una totalidad diferente a la suma de sus partes, entendiendo como componentes y prioridades como funciones del sistema total, dotado además de una finalidad.

Entre otros autores que no están involucrados en el campo científico refieren al respecto de los cuales Cooley hace la distinción entre grupos primarios (la familia) y grupos secundarios (relaciones interpersonales). Anazie, define al hombre como un animal grupal, Lewin (1980) psicólogo Alemán describe como al grupo como un todo dinámico. Entre los años 70 y 80 inicia a aplicarse la terapia grupal cognitiva-conductual que incluye técnicas como la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en habilidades de intervención o manejo de situaciones y la relajación hasta el momento se la considera la técnica de Yalom mas práctica , existen varios modelos de psicoterapia grupal:

Tabla N • 1

Modelos de psicoterapia grupal

Modelo	Autor/a	Planteamiento
Psicodinámico	Freud	Se centra en las relaciones de infancia y estimula experiencia emocional correctiva
Psicodrama	Jacob Levy Moreno (1889-1974)	Representación de temas relacionados con sus problemas.
Humanista – Existencial	Filosofo Danés Soren Kierkegaard (1813-1855)	Al paciente se le nombra cliente
Centrado en la persona	Psicólogo Carl Rogers (1902-1987).	Crecimiento y desarrollo a nivel personal quitando los obstáculos que le impiden avanzar
Gestáltico	Fritz Perls (1940)	Se basa en el aquí – Ahora
Análisis transaccional	Eric Berne, un psiquiatra que estudió psicoanálisis (1910-1970)	Toma de esta corriente dos fundamentos teóricos principales: la elaboración y las situaciones edípicas.
Modelo Terapia Conductual/Cognitivo-Conductual	Mahoney (1997)	Este modelo es muy útil para ayudar a los miembros del grupo a eliminar las conductas inadaptadas y aprender nuevos patrones de conducta más efectivos.

Nota. Elaboración propia.

1.3.2 Las Fases del duelo en pacientes con enfermedad renal crónica

Para un individuo que recibe una trágica como la experiencia de sufrir una pérdida personal (divorcio, salud, trabajo, amistad, muerte de un familiar o amigo, etc.) no son muy distintas de una persona a otra, por tal, se encuentran cinco fases: negación con la realidad, depresión, ira, aceptación,

1.3.2.1 La Fase de la negación

La primera reacción es interponer mecanismos de defensa para postergar, aunque sea un poco, el impacto de la agresión que la noticia implica, esta barrera defensiva lleva a decir y sentir: no quiero, no puede ser, debe ser un error, quiere convencerse de que ha existido una equivocación, se convierte en una tregua entre la psiquis y la realidad. En la negación existe una búsqueda desesperada del tiempo necesario para pensar en el futuro de manera más serena, la negación es un intento de amortiguar el efecto del impacto.

1.3.2.2 Fase de la negación con la realidad

Aparecen en el individuo ideas de negociar la realidad, hacer un trato con la vida, con Dios, con el diablo, con el médico, si la pérdida es de salud, la negación es una nueva conducta defensiva para evitar lo inaceptable, un canje de restitución a cambio de buena conducta, la mayoría de estos pactos son secretos y solo quienes lo hacen tienen conciencia de ello.

1.3.2.3 La Fase de depresión

En esta fase los pasos anteriores se agotan y fracasan el intento de alejarnos de la realidad. En la depresión suelen aparecer sentimiento de angustia e ideas circulares y negativas, la depresión es el resultado de la conciencia de lo ya perdido; en esta etapa se resuelve más rápidamente cuando la persona encuentra el coraje y el entorno donde poder expresar la profundidad de su angustia y recibir la contención que necesita frente sus temores y fantasías.

1.3.2.4 La Fase de la ira

Cuando el individuo ve la realidad, intenta rebelarse contra ella y entonces sus preguntas y sentimientos cambian, nacen otras preguntas porque yo, porque ahora, no es justo y aparece el enojo con la vida, con Dios y con el mundo. Muchas veces la ira inunda todo su alrededor, nada le parece bien, nada le conforma y su corazón se llena de dolor, odio y rencor, por tal necesita expresar su rabia para poder liberarse de ella.

1.3.2.5 Fase de la aceptación

En esta fase el individuo ha tenido un acompañamiento y el tiempo necesario para superar las fases anteriores, la aceptación no solo aparece cuando la persona ha podido elaborar su ansiedad y su cólera, ha resuelto sus asuntos incompletos y ha podido abandonar la postura de auto discapacitada ante la depresión. Después de haber recorrido y esforzado de su llegada hasta esta fase, llega casi muy débil cansado, esto se debe al esfuerzo de renunciar a una realidad que ya no es posible, como regla general prefiere estar solo, preparándose para el futuro, y hacer evaluación sobre el balance de su vida, una experiencia que siempre es personal y privada, conquistan en su interior un remanso de paz.

1.3.3 Factores que inciden en el duelo

El acercamiento desde la psicología explica procesos de que cada caso es único y de que el duelo no existen las universalidades, es necesario observar su evolución así como la influencia de este factor de riesgo en las expectativas de recuperación de los pacientes con enfermedad crónica, quienes asumen el proceso de cuidado y apoyo familiar como una pérdida de autonomía y capacidad de dirigir su propia vida.

1.3.3.1 Los factores de riesgo y de protección

Los factores de riesgos son aquellos que si están presente en el doliente aumentan la posibilidad de que el duelo se complique, contrario a los factores de protección, son aquellos cuya presencia puede facilitar que el duelo se desarrolle sin complicación. Estos están relacionados con características personales del doliente, las características del fallecido y las circunstancias de la muerte así como aspectos sociales del doliente. Entre los factores que pueden complicar el duelo están:

- Características personales del doliente, duelos anteriores no resueltos, culpabilidad, rabia.
- Características de fallecidos, supone cambio de rol, relación ambivalencia, sentimiento poco equilibrados y no expresado.
- Circunstancias de la enfermedad o la muerte, pérdida súbita o traumática, mala relación con los servicios sanitarios, dificultades, diagnósticos, etc.
- Los aspectos sociales, ausencia de apoyo social o familiar, por conflictos, pérdida múltiple y crisis concurrentes.

Todos estos factores pretenden servir de orientación a las personas que han sufrido la pérdida de un ser querido o intentar ayudar a una persona dolientes de su entorno. (Pastor Pilar, 2013).

1.3.3.2 Evaluación inicial

En una evaluación al paciente renal crónico regularmente se utiliza una entrevista semiestructura para recabar la información acerca de las variables sociodemográficas clínica y de hábitos de vida, además se utilizan otros instrumentos evaluadores tales como:

Escala de funcionamiento y calidad de vida Karnofsky y Barthel, evalúa el impacto de la enfermedad en el funcionamiento adaptativo, en la que constan variables de función física como el autocuidado, caminar, subir escaleras, etc., el rol físico como trabajo y otras actividades diarias, dolor corporal intensidad del dolor, salud general como valoración personal de la salud, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.

- Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD), esta permite evaluar la ansiedad y la depresión sin usar síntomas de tipo somático, se evalúan síntomas de ansiedad y depresión.
- Escala de preocupaciones y autoeficacia de Bárez, se analiza las creencias de los pacientes acerca de sus preocupaciones y habilidades para manejar determinadas situaciones vitales relacionadas con la enfermedad, la familia, trabajo, actividad social y finanzas.
- Escala de Apoyo Familiar, esta escala cuantifica la disponibilidad de apoyo.
- Cuestionario de Calidad de vida determina cuan satisfecho esta salud, los síntomas que experimenta, el sentido que tiene su vida.
- Inventario de depresión de BECK, determina el grado de depresión que presenta el paciente.

1.4 Tratamiento cognitivo-conductual para paciente con enfermedad renal sometidos a diálisis

Los paciente con enfermedades renal crónica tienden a deprimirse cuando están siendo sometidos a diálisis o hemodiálisis, afectando notablemente su calidad de vida y a su adaptación a la enfermedad que padecen. El tratamiento cognitivo-conductual puede mejorar significativamente la calidad de vida de estos pacientes.

En un estudio efectuado y dado a conocer en la 41ª Reunión Anual de la Sociedad Americana de Nefrología, donde participaron 85 paciente con enfermedad renal estado terminal que estaban siendo sometidos a hemodiálisis crónica y diagnosticados con depresión, la mitad de estos pacientes recibieron un tratamiento cognitivo-conductual durante 3 meses, en sesiones semanales de 90 minutos de duración, dichas sesiones estaban centradas en los aspectos de la enfermedad

renal y sus efectos en la vida diaria, la depresión, técnicas de afrontamiento, técnicas de reestructuración cognitiva , entre otros.

Los demás pacientes de este estudio recibieron tratamiento tradicional es decir sin tratamiento cognitivo-conductual, realizando evaluaciones a los 3 y 9 meses. Los pacientes que recibieron el tratamiento cognitivo-conductual mostraron mejoras significativas en las medidas de depresión, funcionamiento cognitivo y calidad de vida, al compararlos con el grupo control, estas mejoras se mantuvieron a los seis meses tras la intervención psicológica.

Se concluyó que este tipo de intervención es económica y no tiene efectos adversos, es la estrategia más eficaz para tratar la depresión de pacientes con enfermedad renal, a través de este estudio se sentaron bases para futuras aplicaciones de intervenciones psicológicas para pacientes con enfermedad renal y para otros tipos de patologías crónicas como el cáncer o dolor crónico, demostrando que las terapias psicológicas pueden mejorar notablemente la calidad de vida de estos pacientes y la evolución de su enfermedad.(Today, 2008)

1.5 Papel del Psiconefrólogo

- El psicólogo Psiconefrólogo se centra en:
- Impacto diagnóstico, que consiste en identificar las reacciones comportamentales que genera en el paciente, saber que tiene una enfermedad renal, las más comunes son ansiedad y depresión.
- Impacto pronóstico, las reacciones comportamentales que tiene el paciente ante la idea de someterse a terapia renal sustitutiva o un trasplante, entre las estrategias que intervienen están de afrontamiento de evitación y el miedo a la muerte.
- Adherencia al tratamiento, la psicoeducación juega un papel muy importante para el paciente, siga las prescripciones médicas y de enfermería, la intervención es que el paciente no solo se tome el medicamento sino que haga dieta correcta y realice ejercicio físico.

- Cuidados paliativos, detectarla y suplir necesidades psicológicas de las personas en tratamiento renal conservador y proporcionar tratamiento de soporte a nivel afectivo emocional.
- Dar apoyo y asesoramiento a los familiares de los pacientes renales. (PSICONEFROLOGÍA, 2014)

2. Términos conceptuales

A continuación algunos términos conceptuales que permitirán la mejor comprensión de la lectura de la presente investigación:

Terapia Grupal

La terapia grupal es una forma especial de hacer terapia, en el cual un grupo pequeño se reúne, los mismos que son guiados por un/a psicoterapeuta, esta terapia es de uso muy extendido y aceptada desde hace aproximadamente 50 años.

Psicoterapeuta

Es un profesional de la salud específicamente psicólogo, médico o trabajador social, pudiendo abordar diferentes problemáticas con antecedentes y repercusiones personales y/o micro grupales en su contexto.

Insuficiencia renal crónica

La insuficiencia renal crónica es una enfermedad progresiva de la función renal que se caracteriza por presentar un descenso de la capacidad de filtrado de la sangre por parte del riñón y la consecuente acumulación de sustancias nitrogenadas en sangre, específicamente la urea y sus

derivados, así como la creatinina durante un periodo superior a los tres meses, el estado final de esta situación se la conoce como uremia o síndrome urémico.

Enfermedad crónica

Son las afecciones de larga duración y generalmente de progresión lenta, medicamente toda enfermedad que pasa a considerarse crónica durante una duración mayor a seis meses.

Depresión

La depresión es un trastorno mental frecuente caracterizada por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Familia

Según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es el elemento natural, universal y fundamental de la sociedad, tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado. Los lazos principales que definen una familia son de dos tipos: vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente, como el matrimonio que, en algunas sociedades, sólo permite la unión entre dos personas mientras que en otras es posible la poligamia, y vínculos de consanguinidad, como la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen entre los hermanos que descienden de un mismo padre. También puede diferenciarse la familia según el grado de parentesco entre sus miembros.

3. Marco Legal

Según la Constitución de la República del Ecuador, a continuación se enumeran artículos relacionados a la atención de salud relacionados a pacientes con enfermedades catastróficas:

Acuerdo No. 00005223 del Plan Nacional de Cuidados Paliativos 2015 – 2017:

Que, el artículo 35 de la citada Constitución de la República dispone que: "Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. (.*)";

Que, artículo 50 de la Norma Suprema prescribe que: "El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente.";

Que, la Ley Orgánica de Salud, en su artículo 6, establece entre las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública:"(...) 3. Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas, durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares. (...) 34. Cumplir y hacer cumplir esta Ley, los reglamentos y otras disposiciones legales y técnicas relacionadas con la salud.";

Que, el artículo 10 de la Ley Ibídem ordena que: "Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva. (...).";

Que, con Acuerdo Ministerial No. 00000101 publicado en el Registro Oficial No. 415 de 29 de marzo de 2011, se dispuso organizar, en el marco del Modelo de Atención Integral del Ministerio de Salud Pública, la conformación y funcionamiento de servicios de cuidados paliativos integrales con enfoque intercultural,, que contribuyan a garantizar los derechos de los pacientes en etapa terminal a aliviar el dolor y el sufrimiento y a abordar los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales, incluyendo a los familiares, cuando sea necesario.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA INVESTIGACIÓN

2.1 Situación problemática

Importantes estudios realizados sobre la temática de calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC), han evidenciado que un significativo porcentaje de los pacientes no pueden afrontar la adversidad de la enfermedad mostrando renuencia, dificultad a la adherencia y la no aceptación al tratamiento terapéutico; el mismo que por su alto nivel traumático y por las limitaciones de movilidad y tiempo a las que conminan al paciente, originan la presencia de alteraciones emocionales en su estilo de vida como enfermedades físicas de base asociadas (diabetes, hipertensión arterial) aumentan los riesgos de incumplimiento voluntario del tratamiento, traduciéndose éstos en intentos indirectos y muchas veces directos de comportamientos inadecuados.

La Enfermedad Renal Crónica Definitiva (ERCD) es considerada como fuente generador de Estrés, deterioro continuo, afectando la calidad de vida de la persona repercutiendo en las tasas de mortalidad un índice considerable en esta población, además los factores psicológicos adversos como las reacciones negativas frecuentes en los pacientes renales, episodios ansiosos y depresivos, la hostilidad y la ira dirigidas al personal asistencial y al familiar de apoyo como respuesta a las limitaciones impuestas por la enfermedad y su tratamiento, la escasa adhesión, la falta de comunicación médico- paciente influye considerablemente en la efectiva aceptación y adaptación a la enfermedad la cual disminuye su calidad de vida, las predicciones sobre la

incidencia, los insumos y recursos que se requieren en el tratamiento de diálisis generan más costos los cuales han sido rebasado.

2.2 Planteamiento del problema de investigación

La Insuficiencia Renal Crónica Terminal es una enfermedad catastrófica en donde el paciente necesita de un tratamiento para reemplazar la función del riñón, puede ser un riñón artificial o el tratamiento de hemodiálisis, la diálisis peritoneal o un trasplante de riñón.

El Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, desde el año 2011 cuenta con la nueva Unidad de Diálisis la cual se conforma de dos salas con 25 máquinas en cada sala y es donde se asiste a tres turnos, también el paciente afiliado cuenta con la entidad privada que le brinda el servicio en convenio con el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y el Ministerio de Salud a personas no afiliadas, para no desproteger a los pacientes de bajos recursos.

La importancia es saber que el número de pacientes con IRCT tratados mediante hemodiálisis (H.D.) ha experimentado un significativo aumento, en la Unidad de Diálisis de la Ciudad de Guayaquil en el año 2011 se abrieron sus puertas a 78 pacientes y en la actualidad tenemos 279 pacientes reflejando un aumento considerable sin contar con las demás entidades por lo que representa un gasto público considerable.

El paciente con Insuficiencia Renal Crónica en Diálisis, además de prolongar su vida, sufre cambios físicos, psicológicos, sociales, en cuanto a su estilo de vida que afectan también a su entorno familiar. Al recibir el diagnóstico los pacientes pasan por un proceso de duelo donde algunos se estabilizan enseguida pero otros no pueden afrontar la adversidad de la enfermedad ya que además de los continuos síntomas físicos, canulaciones, amputaciones y diferentes enfermedades las más comunes DM y HTA, el paciente psicológicamente también muestra

manifestaciones de ansiedad angustia depresión , difícil adherencia y la no aceptación al tratamiento y por lo tanto su calidad de vida disminuye considerablemente.

2.3 Formulación de los objetivos

2.3.1 Objetivo general

Diseñar una guía Psicoterapéutica Grupal para contribuir al proceso de aceptación de la enfermedad en pacientes renales crónicos de la Unidad de Diálisis del Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil.

2.3.2 Objetivos específicos

- Identificar las características de la situación de salud y psicológica en el proceso del tratamiento de pacientes renales crónicos, en la unidad de diálisis.
- Elaborar un diseño psicoterapéutico grupal para pacientes con IRC de la Unidad de Diálisis del hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil.
- Corroborar el diseño de intervención psicológica a través de la valoración de juicio de expertos.

2.4 Perspectiva general y tipo de investigación

2.4.1 Perspectiva general de la investigación

La investigación socio crítica encamina al análisis de las transformaciones sociales y básicamente a la implicación de los investigadores en la solución del problema a partir de la auto-reflexión. Se busca la relación sujeto-objeto, esta tiene su origen en 1930 en la escuela

de Fráncfort, se busca una ciencia social que no sea estrictamente empírica ni únicamente interpretativa, el punto de partida de los problemas es la realidad, con esto se busca el cambio social transformando esa realidad para que los pacientes en esta ocasión pacientes renales crónicos y mejoren sus condiciones, por lo tanto esta investigación está basada en la acción en constante reflexión ya auto-reflexión para la solución de sus problemas, generándose a través del diálogo y consenso del investigador que se va renovando con el tiempo, convirtiéndose en un proceso en espiral. (Paez Yaneth, 2012).

El análisis de la realidad de los problemas del paciente permitirá transformar la realidad, es decir permitirá la intervención de los grupos de pacientes con insuficiencia renal que concurren para su tratamiento en la Unidad de Diálisis del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

El diseño será el diálogo y consenso del grupo a través de las sesiones psicoterapéuticas, las mismas que variaran con el tiempo convirtiéndose en un proceso espiral, ascendente generado a través del análisis y la reflexión del grupo en medida que se va obteniendo la información. El objetivo de esta técnica es transformar la realidad de los pacientes, es decir mejorar su calidad de vida, empleando instrumentos válidos y fiables, flexibles, triangulación, entre otros.

2.4.2 Tipo de investigación

La investigación es de enfoque cualitativo, diseño no experimental, tipo investigación – acción, a partir de la cual se plantea una solución al problema de investigación, a través de la consecución de las fases de diagnóstico y reconocimiento de la situación actual, desarrollo del plan de acción y reflexión en torno a la validación de juicio de expertos, mediante el método Delphy.

Si bien el tipo de investigación acción, requiere además la aplicación de la propuesta para reflexiones posteriores en torno a los efectos en la población atendida, entre lo previsto y lo deseado, por factores como el tiempo y el costo, el presente estudio concluye con la validación de la propuesta, por expertos calificados, con amplia experiencia en el tema de investigación.

2.5 Hipótesis y/o preguntas científicas

El diseño de investigación no aplica hipótesis científicas

2.6 Definición de variables, categorías o constructos

Tabla N • 2

Operacionalización de variables

VARIABLE	CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO
Pacientes con enfermedad renal crónica (ERC)	Adultos diagnosticados con ERC y en tratamiento de diálisis y psicológico	-Ansiedad	- Nivel de ansiedad	
		- Depresión	- Nivel de depresión	-Test de Hads
		- Calidad de Vida	-Nivel de independencia	- Índice de Karnofsky

Guía de psicoterapia grupal	Procesos de intervención psicoterapéutica basada en los principios del grupo.	- Conocimiento - Argumentación - Validación	- Coeficiente	- Planificación de sesiones - Instrumentos de validación por juicio de expertos (Dephy)
------------------------------------	---	---	---------------	--

Nota. Elaboración propia

2.7 Población y Muestra

2.7.1 Población

El universo está constituido por los pacientes 270 pacientes que asisten mensualmente a la Unidad de Diálisis del Hospital Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil.

2.7.2 Muestra

La muestra en este proyecto de investigación es no probabilística, es decir por criterios de inclusión y exclusión, es así que se consideraron 128 pacientes que asistieron a consulta psicológica, a partir del inicio del tratamiento con hemodiálisis.

2.7.3 Criterios de Inclusión

- Residentes en la ciudad de Guayaquil
- Con Diagnóstico confirmado de Insuficiencia Renal Crónica Terminal
- Pacientes ambulatorios de consulta externa del Hospital TMC

- Pacientes de ambos sexos de 45 a 60 años de edad.
- Que pertenezca a la unidad de Diálisis
- La aceptación de colaboración voluntaria
- Deseos de participación grupal
- Autorización por los pacientes o familiares

2.7.4 Criterios de Exclusión

- No domiciliados en la ciudad en Guayaquil.
- Pacientes mayores de 75 años de edad.
- Que se encuentren ingresados en el hospital.
- No aceptación de la participación en la investigación.

2.8 Métodos, Técnicas e instrumentos

Para la evaluación de los pacientes, se utilizaron los instrumentos de: a) Escala de Hads, para medir ansiedad y depresión (Vallejo, Rivera, Esteve-Vives, & Rodríguez-Muñoz, 2012), b) Índice de Karnofsky (C. Puiggròs, 2009), para medir el nivel de independencia y calidad de vida, para la identificación de la percepción del funcionamiento familiar y sociabilidad. Cada instrumento fue aplicado en momentos diferentes y varía el número de sujetos participantes por la variabilidad de horarios y permanencia en el tratamiento de diálisis.

A continuación se detallan los instrumentos utilizados para la caracterización de la población a intervenir:

2.8.1 Escala de Ansiedad y depresión hospitalaria (HADS)

El test de depresión y ansiedad evalúa los dos estados, está compuesto por 14 planteamientos, los pares se refieren a la depresión y los impares permiten identificar ansiedad, la persona debe elegir una sola opción para cada ítem; sin embargo para la calificación se debe considerar lo siguiente:

- La escala se basa en 4 puntos de 0 a 3
- Los ítems, 2, 4, 7, 9, 12 y 14 si se elige la primera respuesta suma cero punto, en la segunda un punto, en la tercera dos puntos y en la última tres puntos.
- Los ítems 1, 3, 5, 6, 8 10, 11 y 13 los puntos está invertidos. Si se elige la primera respuesta suma tres puntos, la segunda dos puntos, la tercera uno y la última cero punto.
- La suma de las preguntas pares evalúa depresión y las impares ansiedad, en la siguiente escala: a) 0-7 indica que no hay depresión o ansiedad, b) 0 -10 indica “posible” depresión o ansiedad, c) 11 -21 depresión o ansiedad significativa.

b) Índice de valoración funcional de Karnofsky

Es una escala que permite valorar la capacidad del paciente para la ejecución de actividades de la vida diaria, su puntaje oscila entre 0 y 100, donde un puntaje inferior a 50 indica elevado riesgo de muerte durante los 6 meses siguientes. La escala considera lo siguiente:

Tabla N° 3

Índice de valoración funcional de Karnofsky

100	Normal, sin quejas, sin indicios de enfermedad.
90	Actividades normales, pero con signos y síntomas leves de enfermedad.
80	Actividad normal con esfuerzo, con algunos signos y síntomas de enfermedad.
70	Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a término actividades normales o trabajo activo.
60	Requiere atención ocasional, pero puede cuidarse a sí mismo.
50	Requiere gran atención, incluso de tipo médico. Encamado menos del 50% del día.
40	Inválido, incapacitado, necesita cuidados y atenciones especiales. Encamado más del 50% del día.
30	Inválido grave, severamente incapacitado, tratamiento de soporte activo.
20	Encamado por completo, paciente muy grave, necesita hospitalización y tratamiento activo.
10	Moribundo.
0	Fallecido.

Nota. Karnofsky, David A.; Abelmann, Walter H.; Lloyd F., Craver; Burchenal, Joseph H. (1948). «The use of the nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma. With particular reference to bronchogenic carcinoma». *Cancer* **1** (4): 634-656.

2.9 Procedimientos

Se logró evaluar 128 pacientes con el índice de Karnofsky y un total de 106 pacientes con la Escala de HADS, todas se aplicaron de manera heteroaplicada, incorporando la observación participante. Los instrumentos se aplicaron de manera independiente en dos momentos, a través de una entrevista que duró entre 25 a 30 minutos aproximadamente, dichas entrevistas se llevaron en el área de diálisis y de psicología.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

3.1 Análisis de resultados por objetivos

3.1.1 Resultados del objetivo específico 1. Identificar las características de la situación de salud y psicológica en el proceso del tratamiento de pacientes renales crónicos, en la unidad de diálisis.

A continuación se presentan los resultados obtenidos a partir de la aplicación de los instrumentos: Escala de HADS e Índice de Karnofsky, como se mencionó por la rotación de pacientes se logró aplicar la escala de Hads a 106 pacientes a quienes se les denominará grupo 1 y el índice de Karnofsky a 128 pacientes, a quienes llamaremos grupo 2. Se presentan los resultados en este esquema.

Tabla N° 4

Participantes por sexo

Participantes	Sexo				Total	
	Hombres		Mujeres		F	%
	F	%	F	%		
Grupo 1	69	65%	37	35%	106	100%
Grupo 2	91	71%	37	29%	128	100%

Nota. Se consideran grupos 1 y 2 para identificarlos los pacientes que participaron en la aplicación de los instrumentos.

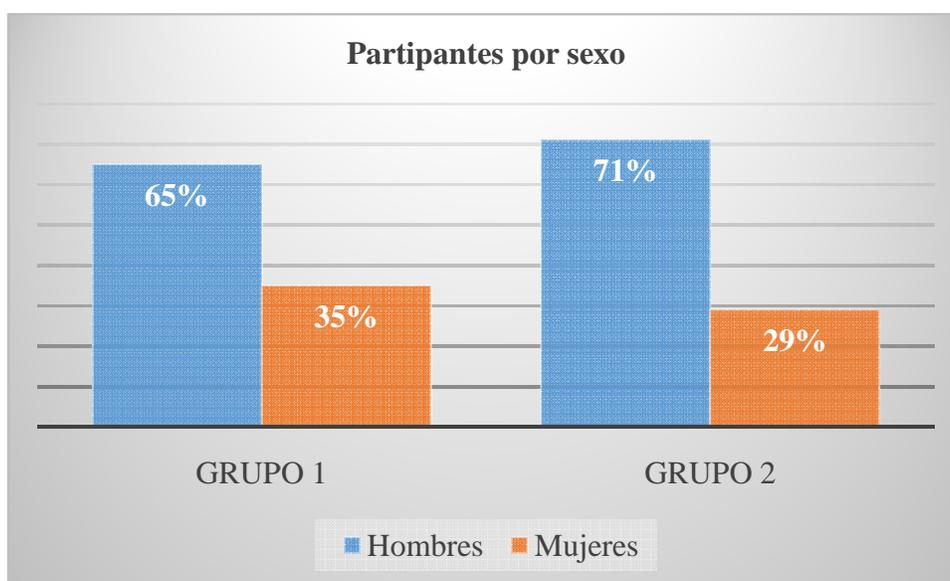


Figura 1. Participantes por sexo.

Análisis

En el primer grupo, el 65% de pacientes participantes son de sexo hombre, mientras que en el segundo alcanzan el 71%, en ambos casos, la presencia de hombres es mayoritaria en los servicios de atención de diálisis y psicología.

Tabla N° 5

Niveles de ansiedad en pacientes con IRC

Niveles de ansiedad	F	%
Normal	55	52%
Leve	26	25%
Moderado	20	19%
Grave	5	5%
Total	106	100%

Nota. Datos obtenidos a través de a escala de Hads

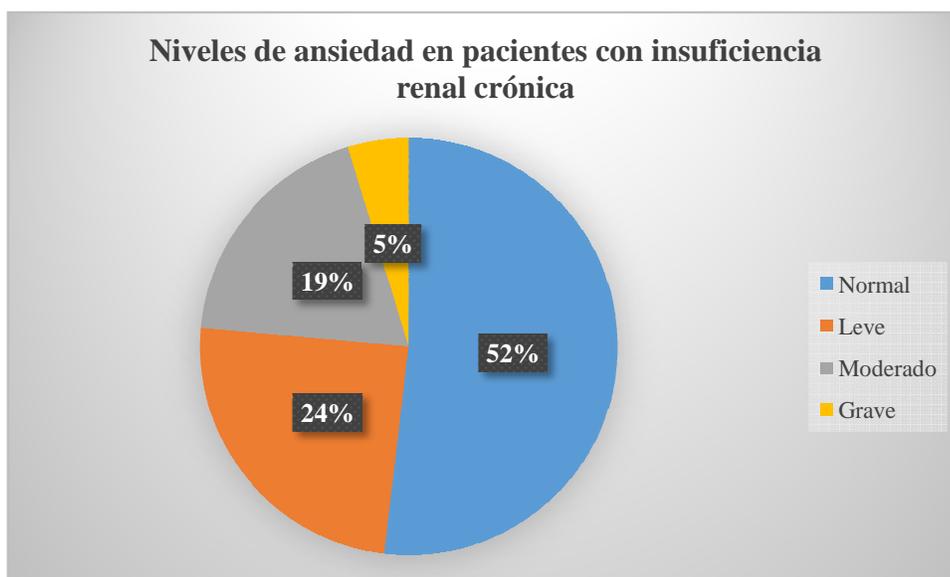


Figura 2. Niveles de depresión en pacientes con IRC

Análisis

Este instrumento se aplicó a 106 paciente en sala de hemodiálisis y consultorio psicológico , permite saber los niveles de ansiedad que manifiestan los pacientes con IRC como una respuesta emocional ante la enfermedad crónica ; el 52% de esta población presenta un nivel de ansiedad normal , el 24% de la población presente un nivel de ansiedad leve,el 19 % de la población presente un nivel de ansiedad moderado y 5% de la población presente un nivel de ansiedad grave , por lo que se pone al descubierto la necesidad de requerir intervención psicológica .

Tabla N° 5

Niveles de ansiedad en pacientes con IRC

Niveles de depresión	F	%
Normal	86	81%
Leve	17	16%
Moderado	3	3%
Grave	0	0%
Total	106	100%

Nota: Datos obtenidos de escala de Hads

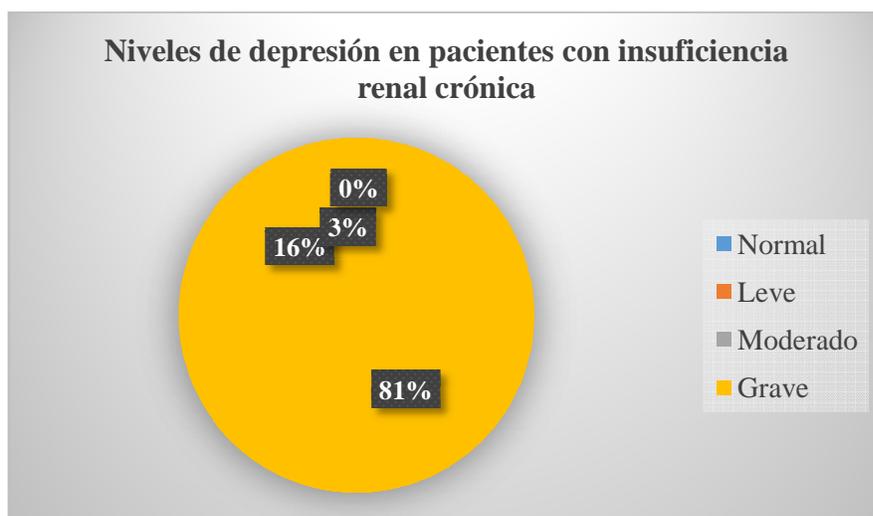


Figura N° 2. Niveles de depresión en pacientes con IRC

Análisis

Se aplicó a los paciente con la finalidad de saber el nivel de depresión que presentan con la enfermedad de IRC en el tratamiento de hemodiálisis; el 81% de los pacientes con IRC presentan un nivel de depresión Normal, el 16% de esta población presente un nivel de depresión Leve, el 3% de esta población presenta un nivel de depresión moderado y el 5% de esta población no presente nivel de depresión grave.

Tabla N° 6

Índice de calidad de vida en pacientes con IRC

Índice de calidad de vida (funcionalidad)	f	%
Buena calidad de vida (100 a 80)	104	81%
Regular calidad de vida (70 - 50)	24	19%
Deficiente calidad de vida (<50)	0	0%
Total	128	100%

Nota: Datos obtenidos a partir del índice de Karnofsky.

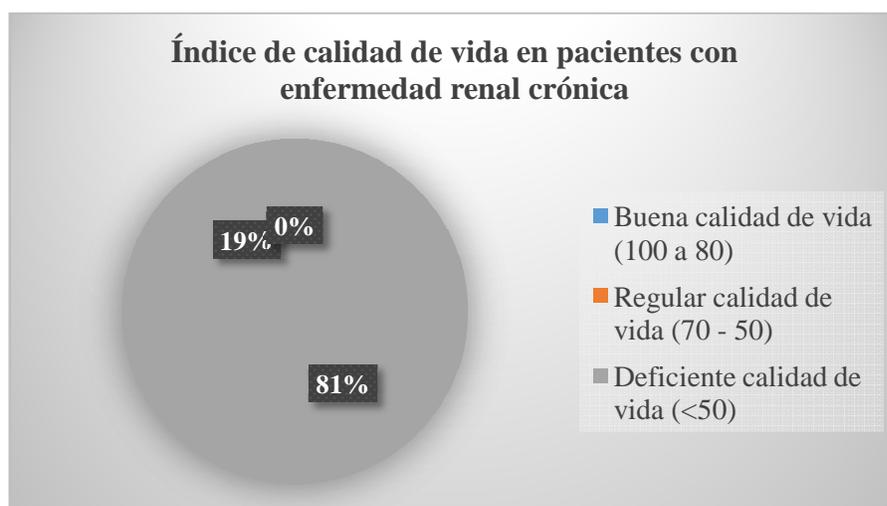


Figura N° 3. Índice de calidad de vida en pacientes con IRC

Análisis

Instrumento útil por la información que brinda al personal médico y multidisciplinario. El índice de KI se aplicó a pacientes durante una entrevista que duró de 25 a 30 minutos con la intención de saber la calidad de vida que presenta el paciente con IRC durante su tratamiento respectivo, el 81% de pacientes con IRC es capaz de realizar sus actividades normales y no requieren atención especial, el 19% de esta población es incapaz de trabajar pero capaz de vivir en casa y atenderse a sí mismo sus necesidades personales con una asistencia médica variable.

3.1.2 Resultados del objetivo específico 2. Elaborar un diseño psicoterapéutico grupal para pacientes con IRC de la Unidad de Diálisis del hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil.

Título de la Guía

Elaboración de una guía Psicoterapéutica Grupal para facilitar el proceso de aceptación de la enfermedad en pacientes renales crónicos de la Unidad de Diálisis del Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil.

Objetivos

Objetivo General

Elaborar una guía Psicoterapéutica Grupal para facilitar el proceso de aceptación de la enfermedad en pacientes renales crónicos de la Unidad de Diálisis del Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil.

Objetivos Específicos

- Orientar al paciente para afrontar y asimilar los cambios que ocasionan las enfermedades crónica como la Insuficiencia Renal Crónica.
- Orientar al paciente y la familia en qué consiste el proceso de la diálisis, posible trasplante y etapa final del paciente.
- Realizar terapias involucrando a la familia y o amistades muy cercanas en el proceso terapéutico del paciente.

Perfil de los participantes

El impacto de la enfermedad genera signos y síntomas autodestructivo y desgaste Psicofisiológico como ansiedad depresión , estrés impotencia ante la crisis , duelo ,falta de adherencia al tratamiento donde se observa que en varones de 45 a 60 años manifestaron problemas emocionales que surgen de la interpretación exagerada e incongruente de la realidad, eventos capaces de suscitar emociones determinando y activando procesos de pensamientos acerca de los cuales la persona tiende a perturbarse, impactarse no sólo emocionalmente sino físicamente obligándolo a realizar cambios en su estilo de vida, individual, social, socioeconómica y ambientales:

Factores

Factor Psicosocial

- Malestar físico
- Cambio de estilo de vida
- Pérdida de independencia
- Alteraciones en el autotconcepto y en su autoestima

La pérdida de la independencia es uno de los factores que crea uno de los mayores conflictos en el paciente renal, el tratamiento de las diálisis lo deja cada vez más en situación de dependencia de su entorno porque la enfermedad cada día va incrementando la intensidad de su postración, esto terminaría con un trasplante exitoso para asumir nuevamente su independencia. (Pérez Gina Cynthia, 2010).

Factor Social

- Problemas se relacionan con la pérdida de las relaciones y lazos afectivos,
- Empleo del tiempo y cambios a nivel laboral,
- Entre los trastornos que se presentan están de tipo emocional por sus múltiples cambios de vida, Toman una posición pesimista y fatalista hacia el futuro,
- Se deprimen y no logran adaptarse a las nuevas exigencias,
- Otros reflejan agresividad, ansiedad, intolerancia, egocentrismo, temor, hipocondría, dificultades en las relaciones interpersonales y conflictos familiares.

El apoyo social influye en la salud física de los pacientes con insuficiencia renal crónica que la presencia de apoyo sociofamiliar facilita la adaptación al tratamiento dialítico, según AYMARA (2003), el apoyo social posee una estructura definida por las características cuantitativas u objetivas de la red de apoyo social, tales como tamaño, densidad, dispersión geográfica, así como los vínculos sociales.

El paciente y sus maneras particulares de defensa ante la enfermedad, así como el apoyo de los recursos médicos hospitalarios, el equipo humano que lo sostiene y la familia son aristas importantes para evitar problemas de aislamiento del paciente renal crónico, por lo que toda información recaba muestra el impacto de factores psicosociales y en como repercuten sobre la calidad de vida del paciente con insuficiencia renal crónica. (Pérez Gina Cynthia, 2010)

Criterios de Inclusión

- Residentes en la ciudad de Guayaquil
- Con Diagnóstico confirmado de Insuficiencia Renal Crónica Terminal
- Pacientes ambulatorios de consulta externa del Hospital TMC
- Pacientes de ambos sexos de 45 a 60 años de edad.

- Que pertenezca a la unidad de Diálisis
- La aceptación de colaboración voluntaria
- Deseos de participación grupal
- Autorización por los pacientes o familiares

Criterios de Exclusión

- No domiciliados en la ciudad en Guayaquil.
- Pacientes mayores de 75 años de edad.
- Que se encuentren ingresados en el hospital.
- No aceptación de la participación en la guía psicoterapéutica.

Tipo de grupo

El grupo es sintético, cerrado con pacientes externos

Tipo de orientación

Cognitivo-conductual

Cognitivo:

La terapia de grupo ayuda mejorando la autoestima del paciente con IRC a tener la oportunidad de percibirse uno mismo entre otras personas con situaciones similares.

Conductuales Reforzados por estos cambios emocionales y cognitivos los miembros se sienten libres para proporcionarse ayuda mutua. Intercambian estrategias para lidiar con sus problemas comunes conocimiento experiencias, se dan consejos, se sienten parte de un equipo, se enseñan destrezas unos a otros y hacen amistades.

Factores terapéuticos

Situación psicosocial de sus problemas actuales

- Familiares
- Amorosas
- Laborales
- Económicas
- Matrimoniales
- Sociales

Factores operantes en la psicoterapia de grupo

- Infundir Esperanza
- Universalidad
- Transmitir Información
- Altruismo
- Desarrollo de técnicas de Socialización
- Factores Existenciales
- Catarsis
- Recapitulación correctiva del grupo familiar primario
- Cohesión de grupo
- Aprendizaje Interpersonal

Horarios y tiempos

El tiempo de las terapias será de 2 meses

Lugar de realización de las sesiones

La Unidad de Diálisis del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo. En consultorio de la Unidad

Normas de grupo

Forma asistencial

- El paciente será atendido según instructivo del protocolo; explicación sobre la terapia de grupo.
- Describir el tipo de comportamiento que se espera en el grupo: no mantener posturas rígidas ser flexibles sin críticas.
- Orientar a los pacientes sobre el horario ,composición , ubicuo y objetivo del
- Describir una sesión grupal en términos claros concretos y de apoyo
- Establecer un acuerdo sobre la asistencia y la conducta apropiada en el grupo
- Obviar actitudes individualistas competitivas , reconocer el deseo de cooperación
- Las charlas, conversatorios con aspectos informativos de las actividades de la terapia del grupo con objetivos de modificar comportamientos que conduzcan a facilitar la adherencia al tratamiento.

Normas Generales

Sesiones

- **Numero de sesiones**

Se efectuarán 12 sesiones, una por semana

- **Duración de las sesiones**

Las sesiones son de 80 minutos

- **Hora de inicio de las sesiones**

El inicio de las sesiones es 7: 00AM.

- **Hora de terminación de las sesiones**

El término de las sesiones es 8:30 AM

Metodología

Método de conferencia

Método Visual

Método de Clases

Método de discusión libre

Técnicas:

Dinámica de grupo

Calentamiento

Charlas

Video

GUÍA DE PSICOTERAPIA DE GRUPO PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Sesión No. 1 TEMA:

¿Qué es IRC?

Autora: Psic. Clin. Lirio

Flor Mendoza

Revisión de Expertos

Objetivo: Familiarización con el tema y los diferentes tratamientos su aceptación, como la enfermedad

Hora	Actividad	Metodología	Recursos	Responsables
7:00-7:05	Saludo	Saludo a todo el grupo	Sillas	Terapeuta
7:05-7:15	Bienvenida y presentación	Bienvenida al grupo y presentación individual de cada participante		
7:15-7:20	Encuadre	Dar información sobre la terapia de grupo el objetivo y tema principal, las condiciones y normas que se establecen el programa		
7:20-7:40	Desarrollo del tema ¿Qué es IRC?	Se desarrollara el tema mediante exposición con participación interactiva con los participantes del grupo.	Pizarra marcadores	Médico Nefrólogo
7:40-7:50	Dinámica "el naufrago"	Estamos en alta mar y el barco comienza a hundirse. Solo tenemos una lancha en la que cabe solo una persona, se salvará quien presente la mejor razón para vivir; en ese momento cada uno de los participantes pasa a la lancha (silla) y presenta a todos la razón por la que él debe vivir, esta razón debe ser discutida por todos, si no convence regresa al barco (al círculo) y continúan pasando los demás. De entre todas las razones expuestas se escoge la mejor y la persona que la dijo se salva.	Silla	Co-Terapeuta
7:50 -8:15	Técnica " de la Cajita mágica "	Se dirán características positivas de la personalidad de cada uno y cuando terminen todos pues se las introduce en la caja mágica y cuando se habrá dirán su propio reflejo.	Cajitas, esferográfico	
8:15-8:20	Plenaria	Los miembros del grupo expondrán alguna experiencia a partir de la técnica		Pacientes
8:24:8:30	Avisos y despedida	Despedida con todo el grupo y se dará la fecha de la sesión		Terapeuta

GUÍA DE PSICOTERAPIA DE GRUPO PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Sesión No. 2 TEMA: BENEFICIO DE UNA INFORMACION ADECUADA DE IRC Y SUS ETAPAS DE DUELO

Objetivo: Concientizando sobre los signos y síntomas físicos, emocionales y su aceptación a la enfermedad IRC

Hora	Actividad	Metodología	Recursos	Responsables
7:00-7:05	Saludo	Saludo a todo el grupo	Sillas	Terapeuta
7:05-7:15	Retroalimentación	La facilitadora hará un repaso de sesión anterior en el cual se harán preguntas a los integrantes de la terapia de grupo		
7:15-7:30	Conferencia	Informar a los participante sobre el duelo y sus etapas	Pizarra, hojas volantes	
7: 30-7:50	Tema : " lluvia de ideas"	Se desarrollará el tema de manera breve pero participativa sobre la visión catastrófica , baja tolerancia a la frustración y herramientas para su afrontación	Papelografo	CO-Terapeuta
7:50-8:15	Video	Diálisis hemodiálisis , peritoneal y trasplante	Pantalla de una tv para proyectar el video	Terapeuta
8: 15-8:20	Avisos y despedida	La psicóloga se despide del grupo y dará a conocer la fecha de la próxima reunión		
8:20-8:30	Refrigerio	Se proporcionara un breve refrigerio a los pacientes del grupo		

GUÍA DE PSICOTERAPIA DE GRUPO PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Sesión No. 3 TEMA: DEBATE DE CREENCIAS IRRACIONALES

Objetivo: Concientización sobre el impacto que tiene el entorno en una actitud personal, la lógica que apoya el pensamiento irracional

Hora	Actividad	Metodología	Recurso	Responsables
7:00-7:05	Saludo	Se invita a uno de los pacientes a dar saludo al grupo	sillas	Paciente
7:05-7:15	Retroalimentación	Se repasará sobre la sesión anterior con preguntas para los integrantes del grupo		Terapeuta
7:15-7:35	Taller interactivo de "como infundir esperanza "	Escuchando a otros compañeros del grupo, sus vivencias sobre su mejoría emocional y física		
7:35-7:45	Plenaria	Pacientes se sentirán motivados creándoles una esperanza sobre su propia mejoría	papel	
7:45-8:15	Dinámicas Buenas o Malas Noticias	1. El facilitador inicia una breve conversación con el grupo: ¿a quién le ocurrió algo en la semana que quisiera compartir con el grupo? ¿Qué noticia de la actualidad nacional les llamo más la atención?	pizarra papel lápiz	Co-Terapeuta
		2. El facilitador divide al grupo en subgrupos de cuatro integrantes cada uno.		
		3. El facilitador les señala los titulares, fotografías y pregunta al grupo: ¿sabían ustedes de estas noticias?		
		El facilitador escucha algunas opiniones y comenta: los medios de comunicación destacan más las noticias negativas que las positivas. A veces nosotros nos contagiamos y en nuestras conversaciones diarias hacemos algo parecido; destacamos más lo malo que nos ocurre que lo bueno. Cada uno recuerde las cosas buenas que le ocurrieron el año pasado. Elija una de ellas y coméntela en su equipo.		
		4. Los equipos eligen aquella que más les impacto y su protagonista la expone a todo el grupo.		
		5. Las personas elegidas por los equipos comparten su buena noticia.		
		6. Cada buena noticia provoca en nosotros sentimientos, nos hace valorar la vida.		
		7. En la pared o en el pizarrón están pegados letreros con diferentes mensajes positivos. El facilitador invita a un representante de cada equipo que retire su letrero.		
		8. Les indica que tienen que trabajar sobre la importancia que tiene el mensaje que seleccionaron en la actitud.		
		9. Los subgrupos se reúnen en sesión plenaria y un representante de cada subgrupo presenta las conclusiones a las que llegaron.		
10. El facilitador guía un proceso, para que el grupo analice como se puede aplicar lo aprendido en su vida.				
8:15-8:30	Estipulación de acuerdos y compromisos	Los miembros del grupo expondrán como las creencias irracionales han traído consecuencias emocionales por lo que es imperativo buscar un estilo de vida aceptable, renovándose buscando nuevos hábitos con pensamientos positivos y fe .		Terapeuta
8:15-8:20	Avisos y despedida	La psicóloga se despide del grupo y dará a conocer la fecha de la próxima reunión		
8:20-8:30	Refrigerio	Se proporcionara un breve refrigerio a los pacientes del grupo		

GUÍA DE PSICOTERAPIA DE GRUPO PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Sesión No. 4 TEMA: TEMORES O RESISTENCIAS EXPRESADAS EXPONTANEAMENTE

Objetivo: Incentivar a los miembros del grupo terapéutico que afloren todas sus fuerzas y debilidades llenas de espontaneidad y creatividad para expresarse, estableciendo relaciones existente entre comportamiento salud, enfermedad y calidad de vida

Hora	Actividad	Metodología	Recursos	Responsables
7:00-7:05	Saludo	Se invita a uno de los pacientes a dar saludo al grupo	Sillas	Paciente
7:05-7:15	Retro alimentación	Se pedirá que se presenten individualmente	pizarra marcador papel	Terapeuta
7:15-7:35	Cohesión de grupo	Mantener el equilibrio entre las esferas intrasíquicas e interpersonales de cada miembro, dando voz a la individualidad y a la discrepancia sin que la maduración resulte imposible.		
7:35-7:50	Desarrollo del tema	Fomentar los principios terapéuticos; espontaneidad y transmitir información, orientación sobre los problemas vitales		
7:50-8:10	Dinámica "Entre un galán y una preciosa dama"	Intencionalidad: fantasear acerca de una situación ideal que haría sentir bien a cualquier persona. A veces soñar no cuesta nada. Utilizando una actividad lúdica y guardando la identidad de los participantes.	Láminas de Naturaleza	Co-Terapeuta
8:10-8:15	Aviso y despedida	Se despedirá del grupo y se dará la fecha próxima		Terapeuta
8:15-8:30	Refrigerio	Se proporcionará un breve refrigerio a los pacientes del grupo	Break	

GUÍA DE PSICOTERAPIA DE GRUPO PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Sesión No. 5 TEMA: PRESENTACION Y EXPLICACION DE LAS TECNICAS CONDUCTUALES A UTILIZAR CON EL PROBLEMA EXISTENTE

Objetivo: Afrontamiento con la técnicas conductuales de la Terapia Racional Emotiva (TRE) Partiendo del evento activador (A) Pensamientos (B) Irracionales (C) Consecuencias y desarrollar universalidad.

Hora	Actividad	Metodología	Recursos	Responsables
7:00-7:05	Saludo	Se invita a uno de los pacientes a dar saludo al grupo	sillas	Paciente
7:05-7:15	Retroalimentación	La facilitadora hará un repaso de la sesión pasada con preguntas por parte de los participantes	hojas	Terapeuta
7:15-7:35	Método de conferencia de clases	Sobre los síntomas emocionales la ansiedad y depresión	papelógrafo	
7:35-7:50	Video	Los síntomas emocionales; la ansiedad como se presentan en nuestro cuerpo	infocus material del video	
7:50-8:10	Método de discusión libre "universalidad"	Experimentando un gran alivio de no estar solos, que sus problemas son universales con los otros compañeros del grupo y que pueden compartirlos.	pizarra , marcadores papel	Co-Terapeuta
8:10-8:15	Aviso y despedida	Se despedirá del grupo y se dará la fecha próxima		Terapeuta
8:15-8:30	Refrigerio	Se proporcionara un breve refrigerio a los pacientes del grupo	Break	

GUÍA DE PSICOTERAPIA DE GRUPO PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Sesión No. 6 TEMA: CONCIENTIZACION DE LAS POSIBILIDADES PROPIAS Y ACTUAR EN CONEUCUENCIA

Objetivo:

Incentivar actos de altruismo, fomentando la ayuda mutua y la participación grupal.

Hora	Actividad	Metodología	Recursos	Responsables
7:00-7:05	Saludo	Saludo al grupo terapéutico	sillas	Terapeuta
7:05-7:20	Desarrollo del tema "métodos de historias clínicas "	Confidencialidad sobre las vivencias expuestas		
7:20-7:35	Método de discusión libre "Altruismo"	Fomentar la ayuda a los demás compañeros y contrarrestar la soledad , insight se tranquilizan entre si	historias clínicas , papelografo	
7:35-7:50	Dinámica "La ronda de los globos "	Auto revelación	sillas	Co-Terapeuta
7:50-8:10	Instrucción didáctica de expertos	Se invita a expertos médicos y psiquiatras para realizar un explicativo porqué pacientes en el desequilibrio físico experimentan trastornos de sueño, ataques de pánico, alucinaciones.	Pizarra	Médico-Psiquiatra
8:10-8:15	Avisos y despedida	Se despedirá del grupo y se dará la fecha próxima		Terapeuta
8:15-8:30	Refrigerio	Se proporcionara un breve refrigerio a los pacientes del grupo	Break	

GUÍA DE PSICOTERAPIA DE GRUPO PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
Sesión No. 7 TEMA: IDENTIFICANDO LA AUTOESTIMA

Objetivo: Aumentar la auto aceptación , la autoconfianza y el respeto a uno mismo ,ayudando a comprender sobre la muerte , el aislamiento , la libertad y la carencia de sentido.

Hora	Actividad	Metodología	Recursos	Responsables
7:00-7:05	Saludo	Saludo a todo el grupo	Silla	Terapeuta
7:05-7:15	Retroalimentación	Utilizando preguntas sobre el desahogo emocional , la importancia del grupo y la responsabilidad y autonomía a aceptar la EIRC		
7:15-7:35	Método de clases	Dar información sobre la autoestima y sus elementos esenciales : autovaloración , auto respeto , autoconocimiento	pizarrón , marcadores	
7:35-7:50	Técnica de discusión libre " factores existenciales"	Ayudando a comprender los problemas de los pacientes , el luchar contra los hechos de la existencia , muerte , aislamiento , la libertad , y carencia de sentido .		
7:50-8:10	Técnica " Date la oportunidad y reconoce tu cualidades "	Se pedirá a los pacientes que piensen en cinco ejemplos que los hagan especiales Ejemplo: soy sincero, soy amigable etc.....		Co-Terapeuta
8:10-8:15	Avisos y despedida	Despedida con todo el grupo y se dará la fecha de la sesión		Terapeuta
8:15-8:30	Refrigerio	Se proporcionara un breve refrigerio a los pacientes del grupo	Break	

GUÍA DE PSICOTERAPIA DE GRUPO PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
Sesión No. 8 TEMA: HABILIDADES SOCIALES

Objetivo: Aprender habilidades sociales más efectivas disminuyendo signos y síntomas equilibrados por sí mismo, capaz de apreciar a los demás, saber encarar las dificultades y mejora la relación con los profesionales de la Salud., familiares y sociedad.

Hora	Actividad	Metodología	Recursos	Responsables
7:00-7:05	Saludo	Saludo al grupo terapéutico	sillas	Terapeuta
7:05-7:20	Método de conferencia desarrollo del tema "técnicas de socialización "	Técnicas de comunicación y asertividad para preparar a los pacientes a comunicar negarse y pedir , como interrelacionarse especialmente con equipo de salud		
7:20-7:35	Cohesión de grupo	Los pacientes crean lazos fuertes , se comprenden , se ayudan se examinan así mismo con participación y buena asistencia		
7:35-7:50	Técnica ocupacional	Expresando sus habilidades y tiempos compartidos con los demás del grupo		
7:50-8:10	Instrucción didáctica de expertos	Se invita a expertos psicólogos a realizar una demostración de relajación progresiva para los pacientes del grupo	Silla papelografo , marcadores	Psicólogo
8:10-8:15	Avisos y despedida	Se despedirá del grupo y se dará la fecha próxima		Terapeuta
8:15-8:30	Refrigerio	Se proporcionara un breve refrigerio a los pacientes del grupo	Break	

GUÍA DE PSICOTERAPIA DE GRUPO PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Sesión No. 9 TEMA: VIVIENDO CON PROPOSITO

Objetivo: Clasificar los valores propios y decidir si se modifican y cómo hacerlo con las técnicas aprendidas haciendo énfasis en el aquí y ahora

Hora	Actividad	Metodología	Recursos	Responsables
7:00-7:05	Saludo	Saludo al grupo terapéutico		Terapeuta
7:05-7:20	Método de discusión libre	Clasificar los valores propios y decidir si se modifican y cómo hacerlo ejemplo: no me gusta pero puedo soportarlo	sillas	
7:20-7:35	Auto presentaciones role playing	Los pacientes dan consejos sobre los problemas vitales aplicando las técnicas aprendidas con el fin de que los pacientes interiorizan lo aprendido		
7:35-8:10	Técnicas de juego para la memoria	Se realiza entre todos los integrantes del grupo” párenme la mano “ consiste en decir con la letra x el nombre de ciudad cosa y animal ,el que tiene más fallas tendrá que hacer una penitencia	Papelografo esferográfico	Co-Terapeuta
7:50-8:10	Instrucción didáctica de expertos	Se invita a expertos psicólogos a realizar una charla sobre la familia como grupo primario		Psicólogo
8:10-8:15	Despedida	Se despide al grupo y se dará la fecha próxima	silla	Terapeuta
8:15-8:30	Refrigerio	Se proporcionara un breve refrigerio a los pacientes del grupo.	Break	

GUÍA DE PSICOTERAPIA DE GRUPO PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Sesión No. 10 TEMA:

Objetivo: Trabajando en conjunto para socavar las actitudes irracionales del paciente y fortalecer las racionales identificando los obstáculos que se quedan y surgen para su superación valorando las ideas beneficiosas.

Hora	Actividad	Metodología	Recursos	Responsables
7:00-7:05	Saludo	Saludo al grupo terapéutico	silla	Terapeuta
7:05-7:20	Método de discusión libre	Aprendizaje interpersonal (necesidad de experiencias emocionales correctivas) para lograr el éxito de la psicoterapia	pizarra	
7:20-7:35	Cohesión de grupo	Seguir trabajando en espontaneidad , el aquí y ahora , ejecutar representaciones sobre la conflictiva abordada		
7:35-8:10	Técnicas conductuales	Nuevas emociones más saludables , nuevas conductas más sanas	papelografo esferográfico	
8:10-8:15	Despedida	Se despide al grupo y se dará la fecha próxima		Co-Terapeuta
8:15-8:30	Refrigerio	Se proporcionara un breve refrigerio a los pacientes del grupo		

GUÍA DE PSICOTERAPIA DE GRUPO PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Sesión No. 11 TEMA: ESENCIALIDADES DE LAS DIFERENTES INDIVIDUALIDADES ENTRE LOS PACIENTES

Objetivo: Se valora el aprendizaje interpersonal, aprendizaje indirecto, el hecho de infundir esperanza

Hora	Actividad	Metodología	Recursos	Responsables
7:00-7:05	Saludo	Saludo al grupo terapéutico	sillas	Terapeuta
7:05-7:20	Método de habilidades sociales feed back	Retroalimentación modificación de un proceso a partir del análisis en el grupo de sus resultados con intercambio circular de información	papelògrafo	
7:20-7:35	Método de catarsis	Dar rienda suelta a las emociones asociados a los problemas del grupo con la universalidad y la cohesión el paciente integra su proceso catártico en comprensión de su significado en contexto de grupo y de su vida exterior		
7:35-8:10	Técnicas de la risa	Técnica de la risa fonadora		Co-Terapeuta
8:10-8:15	Despedida	Se despide al grupo y se dará la fecha próxima		
8:15-8:30	Refrigerio	Se proporcionara un breve refrigerio a los pacientes del grupo	Break	

GUÍA DE PSICOTERAPIA DE GRUPO PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Sesión No. 12 TEMA: CIERRE DEL PROCESO COMO EXPERIENCIA EMOCIONAL CORRECTIVA

Objetivo: Los pacientes hayan experimentado y entendido las consecuencias además expresión del afecto, análisis comprensión de dicho efecto, estar seguros de apoyarse entre todos expresando sus diferencias básicas.

Hora	Actividad	Metodología	Recursos	Responsables
7:00-7:05	Saludo	Saludo al grupo terapéutico	sillas	Terapeuta
7:05-7:20	Método de discusión libre	Entendiendo y experimentando consecuencias emocionales correctivas		
7:20-7:35	Retroalimentación	Considerar al grupo seguro y capaz de prestarles apoyo para poder expresar las diferencias básicas el feed back y franqueza expresiva para enfrentarse a la realidad		
7:35-8:10	Método de proyección hacia el futuro	Conclusiones y expresiones de los pacientes participantes en el grupo terapéutico	Papelografo marcadores	Co-Terapeuta
8:10-8:15	Despedida	Se despide al grupo		Terapeuta
8:15-8:30	Refrigerio	Refrigerio de despedida	Break	

3.1.3 Resultados Objetivo 3. Corroborar el diseño de intervención psicológica a través de la valoración de juicio de expertos.

Tabla N° 7

Grado de competencia de los expertos

TEMAS	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Experto 6
1. Insuficiencia renal crónica	1	1	0,9	1	1	0,9
2. Tratamiento de diálisis HD y DP	1	1	0,9	1	1	0,9
3. Psicología Clínica y de la Salud	0,4	0,3	1	1	1	1
4. Grupos de apoyo de pacientes	0,4	0,5	1	1	1	1
5. Psicoterapia de grupo	0,3	0,3	0,9	1	1	1
Kc: Coeficiente de conocimiento o información por experto	0,62	0,62	0,94	1	1	0,96
Grado de competencia	Media	Media	Alta	Alta	Alta	Alta

Nota. Los cálculos se realizaron a partir del método Delphy

Análisis

Para colocar el grado de competencia los valores referenciales altos son 0,8 y 1,0; entre 0,5 y 0,8 el coeficiente es medio y de valores menores a 0,5 el coeficiente es bajo. Como se puede evidenciar en la presente investigación cuatro de los especialistas tienen un grado de competencia alto, mientras que dos de los especialistas tienen un grado medio, por tener un grado de competencia bajo en Psicología Clínica de la salud y Psicoterapia de grupo, no obstante tienen el grado alto en otras competencias ya que son docentes de su especialidad, con maestrías dentro y fuera del país, se los considera como expertos, lo que sugiere que la totalidad de los especialistas tienen la competencia de expertos.

Tabla N° 8

Grado de argumentación del experto

FUENTES	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Experto 6
1. Análisis teóricos realizados por Usted	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
2. Su experiencia obtenida	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
3. Trabajos de autores Nacionales	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05
4. Trabajos de autores extranjeros	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05
5. Su conocimiento del estado del problema en el extranjero	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05
6. Su intuición	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05
Ka: Coeficiente de argumentación	0,81	0,81	0,97	1	1	0,98
Grado de argumentación	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto

Análisis

De acuerdo a la tabla No. 8 que se refiere al grado de argumentación de experto en el numeral 1 de la Fuentes sobre análisis teórico tienen como resultado promedio bajo; en el literal 2 sobre sus experiencias obtenidas es medio; en literal 3 en trabajos de autores nacionales su rango de calificación es medio; en le literal 4 de trabajo de autores extranjeros su rango es medio; el Literal 5 sobre conocimiento del estado del problema en el extranjero su rango es medio; en literal 6 sobre su intuición su rango es medio lo cual se observa en el resultado el promedio general es alto por lo que están actos para intervenir como expertos en el proceso de esta investigación.

Tabla N. 9

Valoración de la Guía de Psicoterapia Grupal

	Valoración de la Guía de Psicoterapia grupal	N-P	Promedio	
1.	Solidez teórica	0,9	4,50	Muy adecuado
2.	Estructura de las sesiones	1,0	4,83	Muy adecuado
3.	Pertinencia de los temas	1,0	4,83	Muy adecuado
4.	Coherencia de los objetivos con el problema a intervenir	0,9	4,67	Muy adecuado
5.	Pertinencia de las actividades y metodología con la población a intervenir	0,9	4,50	Muy adecuado
6.	Aplicabilidad de la guía de psicoterapia de grupo	0,9	4,67	Muy adecuado

Análisis

A partir del criterio de los expertos se puede concluir que en la tabla No .9 sobre la valoración de la Guía de Psicoterapia grupal, el rango de calificación de la guía para ser utilizada en las psicoterapias grupales con los pacientes de la Unidad de Diálisis del Hospital Teodoro Maldonado Carbo en la ciudad de Guayaquil su rango ha sido muy adecuado.

CONCLUSIONES

Los pacientes que sufren enfermedades crónicas como la insuficiencia renal, el individuo tiende a sufrir cuadros de depresión, ansiedad, en vista que el tratamiento produce eventos adversos y también por la incertidumbre del deterioro del estado de su salud, es aquí donde el papel del psicólogo tiene un importante rol para ellos puedan avanzar en su tratamiento y logren una mejor calidad de vida.

Se concluye también que con la implementación de una guía psicoterapéutica grupal es una estrategia psicológica, que permitirá al paciente elevar el nivel de salud mental, mejorar la adherencia al tratamiento, por otro lado, esta estrategia debe estar integrada por el trabajo multidisciplinar, como personal de enfermería, nutricionistas, trabajadores sociales, entre otros, todo esto también trae como beneficios a nivel institucional disminuir el gasto de salud.

De acuerdo a las valoraciones de los expertos con relación a la guía psicoterapéutica grupal, le dieron una valoración de muy adecuado en cuanto a todos sus componentes, estos son solidez teórica, estructura de las sesiones, pertinencia de los temas, coherencia de los objetivos con el problema a intervenir, pertinencia de las actividades y metodología con la población a intervenir y su aplicabilidad.

Las enfermedades catastróficas como la Insuficiencia Renal Crónica tiene un impacto en la calidad de vida del paciente y su familia, y en respuesta al afrontamiento que se tiene ante la situación, de igual manera el tratamiento de la diálisis genera cambios en el paciente tanto fisiológicos, como emocionales, sociales y económicos, estos al no ser atendidos oportunamente desencadenan consecuencias desagradables para quien vive bajo esta situación.

Los pacientes y sus familias que se atienden en la Unidad de Diálisis del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, son de un estrato social medio e inclusive bajo porque como se ha mencionado a lo largo de la presente investigación, no sólo se atienden a pacientes de la clase productiva activa o pasiva (jubilados) sino también, a pacientes que integran la Red de Salud Pública, cada una de estas características diferentes llegan a la Unidad de Diálisis con sus diversas culturas o modos de vida, sexo, origen, color de piel, raza y nivel socioeconómico, etc., lo que importa es que es una persona o individuo que necesita ayuda para mejorar su estado de vida.

Los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica deben estar informados todo lo relacionado a su estado de salud, e igual el equipo de salud ; la condición social e inclusive historia tanto del paciente como de su familia o cuidadores quienes lo acompañan conocer con que alternativas cuentan para afrontar su situación y el nivel de adhesión o negación de la enfermedad; con este acercamiento la psicoterapéutica contará con una noción no sólo de la enfermedad y su nivel, sino también con que presencia psicosocial se encuentra el paciente y su familia.

Las diversas técnicas de intervención realizadas en las doce sesiones se pudieron evidenciar crisis, angustias, ansiedad, baja autoestima , estados depresivos, entre otros, fue necesario en estos pacientes el conocimiento de su enfermedad, su tratamiento y lo que está en sus manos realizar para tener una mejor calidad de vida, que incluye a la familia o cuidador en respuesta emocional que se tiene que vivir bajo los efectos de esta enfermedad y lo que resulta inevitable el estrés que origina padecerla conjuntamente con el paciente, la familia es la responsable del paciente, de acompañarlo por el impedimento físico en muchas ocasiones, ayudarlo en el traslado, retirar los medicamentos, etc.

El apoyo por parte del psicólogo/a en esta Institución, permite la orientación que reciben antes, durante y después del proceso de ingreso a la Unidad de Diálisis, ya que cuando se presentan estados depresivos, ansiedad, angustia se requiere de la intervención inmediata del psicólogo, este a la vez solicita la presencia de la familia donde se logra la convivencia integral facilitando el manejo y afrontamiento de esta enfermedad y sus efectos.

Las personas que viven y padecen esta enfermedad, merecen respeto, el objetivo es trabajar por estos pacientes y brindarles oportunidades de mejorar su calidad de vida, y contar con redes de apoyo que faciliten o colaboren en sobrellevar a estos pacientes, por tanto, el deber del psicólogo/a es proponer intervenciones desde inicio a fin del proceso del tratamiento con calidad y calidez y que consolide el campo de la psicología en esta Institución.

RECOMENDACIONES

Las enfermedades crónicas como la insuficiencia renal crónica denominadas también como catastróficas, están reflejadas en la Ley Orgánica de Salud basada en principios de equidad, universalidad y solidaridad, basan su apoyo a través de las disposiciones de que toda institución sea pública o privada deben brindar programas orientados a promoción de salud renal en comprender la progresión de la enfermedad y mejorar la calidad de vida del paciente.

En base a este principio constitucional se respalda la intervención de atención grupal en aspectos psicológicos a los pacientes con insuficiencia renal crónica de los pacientes que asisten a la Unidad de Diálisis del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

La intervención a través de una guía psicoterapéutica facilitará el proceso de aceptación de la enfermedad, la misma que se ha evidenciado estados depresivos, de ansiedad, angustia, etc. donde se recomienda además la integración de la familia y/o cuidadores del mismo.

BIBLIOGRAFIA

1. Fistera. (S.F). (2009). Hemodiálisis: Información Para Pacientes Sobre Hemodiálisis.
2. Recuperado De [Http://Www.Fistera.Com/Salud/3procedt/He](http://Www.Fistera.Com/Salud/3procedt/He) Beck A.T. Y Shaw B.F. (1981) Enfoques Cognitivos De La Depresión. En A. Ellas Y R.Grieger (Eds.) Manual De Terapia Racional Emotiva. Bilbao: Descleé De Brouwer.
3. Beck A.T., Rush A.J., Shaw F.B. Y Emery G. (1983) Terapia Cognitiva De La Depresión. Bilbao: Descleé De Brouwer.
4. Brage D. Y Meredith W. (1993) A Causal Model Of Adolescent Depression. The Journal Of Psychology. 4, Pp. 455-468.
5. RENARD, M. (2011). *CEPAL*. Recuperado el 15 de Junio de 2014, de Mortalidad en la niñez: http://www.cepal.org/publicaciones/xml/1/43921/mortalidad_ninez.pdf
6. RINCÓN, G. (2006). *Atención Psicosocial Integral en Enfermedad Catastrófica*. Recuperado el 1 de Agosto de 2014, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502006000500005
7. SALAZAR, C. (2011). *Pensión de invalidez en atención primaria de salud*. Recuperado el 12 de Junio de 2014, de http://www.medicosaps.cl/Portals/15/VIII_Congreso/M_adulto-adultomayor/INVALIDEZ%20EN%20APS%20-%20CARLOS%20SALAZAR.pdf
8. SCAFATI, L. (2008). *Sociedad*. Barcelona: Emecé.
9. SIERRA, M. (2013). *La Hipocondria*. Recuperado el Junio de 2014, de <http://malejasierra.blogspot.com/>
10. TOMASSINI, L. (2006). *El empoderamiento de las familias de extrema pobreza a través del programa puente*. Recuperado el 10 de Junio de 2014, de <http://www.flacsoandes.org/dspace/bitstream/10469/1065/1/Alvarez.pdf>
11. TORRES, M. (2003). Dialnet. *Revista multidisciplinar de gerontología*.
12. URRESTA, M. y otros. (2013). *Revista Médica Nuestros Hospitales*. Recuperado el 20 de Abril de 2014, de http://www.revistamedica.org.ec/docs/rmnh/2013/vol19/revistamedica_vol19_no2.pdf.
13. VOX, Diccionario. (2013). *Diccionario médico*. Recuperado el 5 de Junio de 2014, de <http://salud.doctissimo.es/diccionario-medico/tratamiento.html>

14. LEONI, S. (2012). *La conducta nuestra de cada día*. Recuperado el Junio de 2014, de Edumed.net: <http://www.eumed.net/rev/cccss/20/sl2.html>
15. LÓPEZ, M. (2000). *Familia y sociedad*. Rialp.
16. LÓPEZ-CERVANTES, M. (2010). *Enfermedad Renal Crónica y su atención mediante tratamiento sustitutivo en México*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
17. MELENDI, D. (2012). *Salud*.
18. MOSBY, Diccionario. (2005). *Diccionario de Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud*. Madrid: Elsevier.
19. GONZÁLEZ, C., VALENCIA, H., y BERSCH, S. (2006) "Intervenciones Psicoterapéuticas en los Pacientes con Enfermedad Médico Quirúrgica" [Versión electrónica]. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 6, 72-88.
20. MACHADO, G. (2004). "Aplicación de un método de valoración de Calidad de Vida en un centro de Hemodiálisis en Mendoza" [Versión electrónica]. *Nefrología-Diálisis y Transplante*, 1, 181-184
21. MARTORELLI, A., y MUSTACCA, A. (2004). "Psicología Positiva, Salud y Enfermos Renales Crónicos" [Versión electrónica] *Nefrología-Diálisis y Transplantes* 3, 99-104
22. Ministerio de Salud-Departamento de Medicina (2005). *Capacitación en Transplante Renal*: Brasilia: Valencia, J.
23. NOVE, G., LLUCH, T., y ROURARE, A. (2001) *Aspectos Psicosociales del Paciente Crónico*. Barcelona: Salvat.
24. REYES, A. (2003). *Apoyo Social y Funcionamiento Familiar en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Hemodiálisis* [Memoria para optar al título de Master en Psicología de la Salud, Escuela Nacional de Salud Pública] La Habana, Cuba.
25. RIELLA, M. (2003). *Principios de Nefrología e Disturbios Hidroelectrolíticos*. (4^a ed.). Sao Paulo: Guanabara Koogan.
26. RUDNICKI, T. (2006). *Aspectos Emocionales del Paciente Renal Crónico* [Versión electrónica]. *Diversitas-Perspectivas en Psicología*, 2, 279-288
27. VINNACIA, S., y OROZCO, L. (2005). *Aspectos Psicosociales asociados con la Calidad de Vida de personas con Enfermedades Crónicas* [Versión electrónica]. *Perspectivas en Psicología*, 2, 125-137.

ANEXOS

ANEXO UNO

CASO

Fecha	02/Agosto/2016
Nombre completo	C.A.A.
Edad	46 AÑOS
Ocupación	AMA DE CASA
Sexo	FEMENINO
Estado civil	CASADA
Nivel de escolaridad	SUPERIOR
Ocupación	ACTUALMENTE AMA DE CASA
Procedencia	GUAYAQUIL
Religión	CATOLICA

Motivo de consulta

Paciente viene a consulta por su propia iniciativa ya que refiere sentirse muy triste y a la vez muy alterada ya que su familia no la entiende, manifiesta que siempre tiene conflictos especialmente con su hermana que es ahora donde está viviendo ya que su esposo no la puede atender. Además refiere que el médico no le dio la medicina adecuada y por ese motivo está muy mal.

HEA Historia de la Enfermedad actual

Paciente diabética e hipertensa hace 12 años ,con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica (IRC) desde hace 4 meses , es la mayor de cinco hermanos, y de una gemela, hermana que murió con la misma enfermedad (IRC) al igual que su padre y dos tíos ya fallecidos , esta enfermedad se les manifiesta por herencia.

Paciente con signos emocionales ; llanto fácil , con miedo anticipado , episodios depresivos refiere querer morir , a la defensiva , y cuando se le presentan síntomas físicos al realizarse las diálisis (HD) refiere que no le dan las medicinas adecuadas, manifiesta no querer asistir a las diálisis ya que no le están haciendo bien , Paciente con actos impulsivos que después se arrepiente, episodios frecuentes de inconformidad , no sigue a cabalidad las instrucciones del doctor con inadecuada adherencia al tratamiento y no aceptación de la enfermedad .

Se le propone asistir a psicoterapia de Grupo y se le indica sus objetivos y el compromiso, las reglas a cumplir , como la asistencia puntualidad y el respeto, dispuesta a participar y a intercambiar experiencias.

Paciente en la primera sesión se informó mejor de su enfermedad y se dio cuenta que no es la única con este padecimiento , expone sus emociones y siente solidaridad , interés de su bienestar físico y emocional entre sus demás compañeros , refiere estar motivada a regresar al grupo.

ANEXO DOS



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL REGIONAL "DR. TEODORO MALDONADO CARBO"
CENTRO DE DIALISIS

FECHA

NOMBRE

DIRECCIÓN TELEGRÁFICA AV. 25 JULIO VIA PUERTO MARITIMO

EDAD

GUAYAQUIL – ECUADOR

si no comentario

100	: Normal, sin quejas, sin indicios de enfermedad.			
90	: Actividades normales, pero con signos y síntomas leves de enfermedad.			
80	: Actividad normal con esfuerzo, con algunos signos y síntomas de enfermedad.			
70	: Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a término actividades normales o trabajo activo.			
60	: Requiere atención ocasional, pero puede cuidarse a sí mismo.			
50	Requiere gran atención, incluso de tipo médico. Encamado menos del 50% del día.			
40	Inválido, incapacitado, necesita cuidados y atenciones especiales. Encamado más del 50% del día.			
30	: Inválido grave, severamente incapacitado, tratamiento de soporte activo.			
20	Encamado por completo, paciente muy grave, necesita hospitalización y tratamiento activo.			
10	: Moribundo.			

APRECIACION
PSICOLOGICA

--

ANEXO 3

Foto Terapia Grupal



Terapia grupal, pacientes con insuficiencia renal