



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

DEPARTAMENTO DE POSGRADOS

MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

**“Programa de Asesoramiento Psicológico desde el Modelo Integrativo
Focalizado en la Personalidad, para mejorar la adherencia al
tratamiento en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica”.**

**Tesis previa a la obtención del título
de cuarto nivel con el grado de
Magister en Psicoterapia Integrativa**

Autora: Psi. Andrea Bertha González Bone

Director: Master Adrián Felipe Vásquez Escandón

Cuenca, Ecuador

2015

Dedicatoria

Este trabajo se lo dedico, en primera instancia, a Dios por haberme brindado la fortaleza para culminar con éxito una etapa profesional más. A mis padres, por su apoyo constante e incondicional. A los docentes de la Universidad del Azuay, por ser profesionales íntegros que me han brindado su asesoría continúa en el transcurso de esta Maestría para, con esfuerzo, lograr participar de la comunidad de profesionales que trabajan en torno al tema de la Psicoterapia Integrativa.

Andrea.

Agradecimiento

Manifiesto mi sincero agradecimiento al tribunal designado para la revisión del presente trabajo, y especialmente a mi director, Master Adrián Felipe Vásquez Escandón, quien supo guiarme en el desarrollo de la presente investigación. De igual manera extiendo mi gratitud al Hospital Teófilo Dávila y especialmente a su gerente, Dr. Richard Molina Noboa, por haber colaborado con el presente trabajo. Finalmente manifiesto mi infinito agradecimiento a todos los pacientes que contribuyeron y motivaron el presente programa.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

<i>Dedicatoria</i>	I
<i>Agradecimiento</i>	II
<i>Índice de Contenidos</i>	III
<i>Índice de Tablas y Figuras</i>	VII
<i>Índice de Fotografías</i>	IX
<i>Resumen</i>	- 1 -
<i>Abstract</i>	- 2 -
<i>Introducción</i>	- 3 -
<i>Capítulo 1: Marco Teórico</i>	- 5 -
<i>Capítulo 2: Evaluación y Diagnóstico Psicológico</i>	- 20 -
<i>2.1.- Metodología</i>	- 20 -
<i>2.1.1.- Participantes</i>	- 20 -
<i>2.1.2.- Instrumentos</i>	- 20 -
<i>2.2.- Análisis y discusión de datos</i>	- 23 -
<i>2.2.1.- Inventario de Depresión De Beck</i>	- 23 -
<i>2.2.2.- Inventario de Depresión de Hamilton</i>	- 24 -
<i>2.2.3.- Inventario de Ansiedad de Hamilton</i>	- 24 -
<i>2.2.4.- Cuestionario de Personalidad NEO</i>	- 25 -
<i>2.2.5.- Cuestionario de Personalidad SEAPSI</i>	- 26 -

2.2.6.- Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico	- 29 -
2.3.- Conclusiones	- 36 -
Capítulo 3: Propuesta de Intervención y Asesoramiento Psicológico.....	- 37 -
3.1.- Proceso de Trabajo	- 37 -
3.1.1.- Etapa Previa	- 37 -
3.1.2.- Etapa de Planificación	- 38 -
3.1.3.- Etapa de Evaluación	- 39 -
3.2.- Plan de Intervención	- 39 -
3.2.1.- Primera Sesión: Acercamiento inicial	- 39 -
3.2.2.- Segunda y Tercera Sesión: Aplicación de instrumentos de diagnóstico..	- 40 -
3.2.3.- Cuarta Sesión: Psicoeducación	- 40 -
3.2.4.- Quinta Sesión: Psicoeducación	- 41 -
3.2.5.- Sexta Sesión: Actividades de autoreconocimiento	- 42 -
3.2.6.- Séptima Sesión: Resolución de Problemas	- 43 -
3.2.7.- Octava Sesión: Supervisión del programa	- 43 -
3.2.8.- Novena Sesión: Acercamiento cognitivo-conductual	- 44 -
3.2.9.- Décima Sesión: Acercamiento cognitivo-conductual	- 45 -
3.2.10.- Undécima Sesión: Análisis de avances	- 46 -
3.2.11.- Duodécima Sesión: Cierre del Programa	- 46 -
3.3.- Conclusiones	- 47 -

<i>Capítulo 4: Resultados de la Intervención</i>	- 48 -
<i>Conclusiones</i>	- 52 -
<i>Recomendaciones</i>	- 54 -
<i>Referencias bibliográficas</i>	- 55 -
ANEXOS	- 60 -
<i>Anexo 2: Guía del Proceso Psicoterapéutico</i>	- 91 -
<i>Anexo 3: Consentimiento Informado</i>	- 115 -
<i>Anexo 4: Modelo de la Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica</i>	- 117 -
<i>Anexo 5: Planificación del Proceso</i>	- 120 -
<i>Anexo 6: Modelos de reactivos psicológicos</i>	123
6.1. <i>Inventario de Depresión de Beck</i>	123
6.2. <i>Escala de Hamilton para la depresión</i>	128
6.3. <i>Escala de Hamilton para la ansiedad</i>	133
6.4. <i>Cuestionario NEO de Personalidad</i>	135
6.5. <i>Cuestionario de Personalidad SEAPSI</i>	137
6.6. <i>Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico</i>	139
<i>Anexo 7: Reglas y sugerencias a tener en cuenta en las sesiones</i>	142
<i>Anexo 8: Actividad de grupo</i>	143
<i>Anexo 9: Cómo detectar tu ansiedad</i>	144
<i>Anexo 10: ¿Cómo generamos ansiedad?</i>	145

<i>Anexo 11: Actividad “El dominó de las emociones”</i>	<i>147</i>
<i>Anexo 12: Valorar estilos de afrontamiento - asertividad</i>	<i>148</i>
<i>Anexo 13: Errores de pensamiento.....</i>	<i>149</i>
<i>Anexo 14: Modelo A-B-C de Ellis.....</i>	<i>151</i>
<i>Anexo 15: Modelo A- B- C -D</i>	<i>152</i>
<i>Anexo 16: Actividad en sesiones.....</i>	<i>153</i>
<i>Anexo 17: Identificar los Pensamientos Irracionales - Tareas En Casa</i>	<i>154</i>
<i>Anexo 18: Monitoreo o seguimiento de actividades</i>	<i>155</i>
<i>Anexo 19: Formulario para establecer metas a largo plazo.....</i>	<i>156</i>
<i>Anexo 20: Encuesta de evaluación y cierre de programa.....</i>	<i>158</i>
<i>Anexo 21: Ejemplo de ficha clínica</i>	<i>159</i>
<i>Anexo 22: Planificación del Proceso</i>	<i>163</i>
<i>Anexo 23: Evolución del Proceso</i>	<i>165</i>

Índice de Tablas y Figuras

<u>Tabla 1:</u> Distribución de los niveles de depresión según el Inventario de Depresión de Beck.....	22
<u>Figura 1:</u> Relación entre niveles de depresión y sexo del paciente según el Inventario de Depresión de Beck.....	22
<u>Tabla 2:</u> Niveles de depresión según el Inventario de Depresión de Hamilton.....	23
<u>Figura 2:</u> Relación entre nivel de depresión y sexo según Inventario de Depresión de Hamilton.....	23
<u>Tabla 3:</u> Niveles de ansiedad según el Inventario de Ansiedad de Hamilton.....	24
<u>Figura 3:</u> Relación entre nivel de ansiedad y sexo según Inventario de Ansiedad de Hamilton.....	24
<u>Tabla 4:</u> Perfiles de personalidad según el Cuestionario de Personalidad NEO.....	25
<u>Figura 4:</u> Relación entre perfil de personalidad y sexo de pacientes según el Cuestionario de Personalidad NEO.....	25
<u>Tabla 5:</u> Rasgos de personalidad prevalentes en pacientes con IRC, según el Cuestionario de Personalidad SEAPsl.....	26
<u>Figura 5:</u> Relación entre predominio de personalidad y sexo de pacientes según el Cuestionario de Personalidad SEAPsl.....	26
<u>Tabla 6:</u> Predominio de personalidad según la escala SEAPsl.....	27
<u>Figura 6:</u> Predominio de personalidad por sexo de los pacientes según la escala SEAPsl.....	27
<u>Tabla 7:</u> Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico: Motivaciones de los pacientes.....	28
<u>Figura 7:</u> Motivaciones de los pacientes	28
<u>Tabla 8:</u> Catarsis.....	29
<u>Figura 8:</u> Catarsis	29
<u>Tabla 9:</u> Distracción.....	30
<u>Figura 9:</u> Distracción.....	30
<u>Tabla 10:</u> Autocontrol.....	31

<u>Figura 10</u> : Autocontrol.....	31
<u>Tabla 11</u> : Autoafirmación.....	32
<u>Figura 11</u> : Autoafirmación.....	32
<u>Tabla 12</u> : Búsqueda de información.....	33
<u>Figura 12</u> : Búsqueda de información.....	33
<u>Tabla 13</u> : Niveles de depresión y ansiedad por sexo y predominio de personalidad en pacientes, antes y después del programa de intervención.....	47
<u>Figura 13</u> : Niveles de depresión y ansiedad por predominio de personalidad en hombres, antes y después del programa de intervención.....	47
<u>Figura 14</u> : Niveles de depresión y ansiedad por predominio de personalidad en mujeres, antes y después del programa de intervención.....	48

ÍNDICE DE FOTOGRAFÍAS

Fotografía 1.	59
Fotografía 2.	59
Fotografía 3.	60
Fotografía 4.	60
Fotografía 5.	61
Fotografía 6.	61
Fotografía 7.	62
Fotografía 8.	62
Fotografía 9.	63
Fotografía 10.	63
Fotografía 11.	64

RESUMEN

La problemática que aborda el presente trabajo se relaciona con la necesidad de mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes que sufren Insuficiencia Renal Crónica (IRC), a través de la disminución de los niveles de ansiedad, depresión y la potencialización de los recursos de afrontamiento positivo con la aplicación de un plan de intervención psicológica basado en el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad y el enfoque cognitivo-conductual. **Metodología:** La muestra de estudio estuvo conformada por 20 pacientes voluntarios del área de hemodiálisis del Hospital Teófilo Dávila, en Machala. Se aplicaron los reactivos para detectar los tipos de personalidad de los pacientes y diagnosticar la prevalencia de depresión y ansiedad. Posteriormente, con la información obtenida, se diseñó y aplicó la propuesta de intervención y asesoramiento psicológico en doce sesiones de trabajo diferenciado. **Resultados:** Se logró reducir los niveles de depresión en un 70 % de los hombres y un 50 % de las mujeres. **Conclusiones:** Se corroboró que la intervención psicoterapéutica integrativa focalizada en la personalidad y el enfoque cognitivo-conductual son herramientas efectivas para tratar pacientes con IRC y lograr mejores índices de adherencia a sus tratamientos.

PALABRAS CLAVE: INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, RECURSOS DE AFRONTAMIENTO, MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD.

ABSTRACT

**Psychotherapeutic Intervention Program based on the Integrative Schema -Model
Focused on Personality, applied to Patients with Chronic Kidney Disease**

ABSTRACT

The issues addressed in this paper deals with the need to improve adherence to the treatment in patients with chronic renal failure (CRF), through decreasing the levels of anxiety and depression, and enhancing the positive coping resources by the application of a psychological intervention plan based on the Integrative Schema -Model Focused on Personality, and the cognitive-behavioral approach.

Methodology: The sample studied consisted of 20 volunteer patients from the hemodialysis Area of *Teofilo Davila* Hospital in Machala. Reagents were applied to detect the patients' types of personality, and diagnose the prevalence of depression and anxiety. Later, based on the information obtained, we designed and implemented the intervention and psychological counseling proposal in twelve sessions of differentiated work.

Results: It was possible to reduce levels of depression in 70% of men and 50% of women.

Conclusions: It was confirmed that the Integrative Schema -Model Focused on Personality and the cognitive-behavioral approach, are effective tools in treating patients with CKD, as well as improve adherence rates to their treatment.

KEYWORDS: Chronic Kidney Disease, Adherence to Treatment, Coping Resources, Integrative Schema -Model Focused On Personality


Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo responde a la necesidad de ofrecer, desde la asesoría psicológica, un dispositivo de intervención individual y grupal fundamentado en el modelo integrativo ecuatoriano, que aúne las influencias biopsicosociales que se presentan en la consulta médica y psicológica.

A través de este planteamiento se pretende fortalecer una perspectiva holística en la intervención terapéutica, con su base teórica, metodología y práctica, que con gran esfuerzo se dirija a nuestra propia sociedad cubriendo necesidades y poniendo énfasis en nuestra cultura.

Por eso, uno de los propósitos de este trabajo es mejorar la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC), propiciando la disminución de sintomatología ansioso-depresiva por medio de la elaboración de un plan de asesoramiento psicológico. Este tiene el fin de psico-educar a los pacientes sobre su situación actual y, por ende, busca que obtengan una mejor aceptación de su enfermedad. La falta de información y desconocimiento de esta es la principal preocupación del paciente y la de su familia. Este déficit constituye uno de los factores que influyen en la baja adherencia al tratamiento médico y psicológico, la que empeora su estado.

El presente estudio aborda, en el primer capítulo, el sustento teórico conceptual sobre la Insuficiencia Renal Crónica, la ansiedad, la depresión, y la forma de tratamiento terapéutico más eficaz. En el segundo capítulo se procede a detallar la evaluación y diagnóstico psicológico mediante tablas y figuras explicativas. De esta manera se evidencia el cuadro clínico, su sintomatología y trastornos más frecuentes, entre los que se cuenta la relación entre ansiedad y depresión como base del presente protocolo terapéutico basado en las teorías psicosociales postuladas por Aarón Beck y Albert Ellis. En el tercer capítulo se detalla de forma explicativa el diseño del programa de intervención con sus respectivos objetivos, técnicas e instrumentos, número de sesiones, a más de las distintas aportaciones de algunos de sus principales exponentes.

Finalmente, el capítulo cuarto aborda el diagnóstico y valoración de los pacientes, además de las conclusiones y recomendaciones finales.

Capítulo 1: Marco Teórico

El adecuado tratamiento de las enfermedades ha sido una temática abordada desde tiempos antiguos. La misma medicina como disciplina científico-dialéctica surge gracias a la motivación que hubo por diferenciar los estados de salud y enfermedad en los seres humanos y, específicamente, debido a la necesidad de tratar con efectividad las situaciones en las que se evidencia una alteración de las funciones orgánicas.

Es así que nos encontramos con definiciones teóricas, como la que se cita a continuación, sobre la diferencia que existe entre un estado de salud y uno de enfermedad:

“Llámase salud al estado individual que resulta de la integridad y normal funcionamiento de los órganos y aparatos, dependientes a su vez de la integridad celular. Ella se manifiesta por una sensación de euforia o de bienestar que evidentemente experimenta el sujeto sano. En cambio, la enfermedad está caracterizada por el estado opuesto a la salud, o sea la alteración más o menos grave de las funciones de un órgano o de un conjunto de órganos” (Martín A., 1950, pág. 125).

Con el paso del tiempo y los avances alcanzados en el campo médico, se ha juzgado necesaria una debida contextualización sobre las implicaciones del término “salud”. Esto se debe a que progresivamente se ha ido reforzando la idea de que el estado de bienestar dependerá de la interacción de varios factores que tienen relación entre sí y que pueden pertenecer a la esfera orgánica, intelectual y afectiva, socio-económica, etc.

Como sostiene Briceño-León, “la salud es una síntesis; es la síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional (León Briceño, 2000)”.

Estas múltiples dimensiones se conjugan para conformar lo que se conoce como un estado de salud óptimo, y no se encuentran aisladas ni son independientes sino que su

interacción efectiva está definida por “la capacidad de controlar la interacción entre el medio físico, el espiritual, el biológico, el económico y social (Alcántara, Moreno, 2008).” Es decir, existe una dinámica sincrónica de estos elementos.

Se estima importante llevar a cabo un análisis sobre el impacto psicológico que conllevan las enfermedades en la psiquis de los pacientes; especialmente, en el caso de aquellas que han sido catalogadas como degenerativas o crónicas, ya que estas dolencias pueden deteriorar significativamente la calidad de vida.

Por ello, vale resaltar que las enfermedades crónicas son definidas como “aquellas enfermedades para las cuales aún no se conoce una solución definitiva y su éxito terapéutico consiste en tratamientos paliativos para mantener a la persona en un estado funcional, mediante el consumo constante de fármacos” (Durán, Valderrama, Uribe, González, & Molina, 2010).

Estas constituyen, en la actualidad, según varios estudios realizados, la principal causa de muerte a nivel mundial. Provocan defunciones en un porcentaje que dobla la cantidad de muertes que comprometen patologías infecciosas, complicaciones de partos y desnutrición; todas estas afecciones combinadas (Montalvo Prieto, Cabrera Nanclares & Quiñones Arrieta, 2012).

Las estadísticas muestran datos importantes sobre la incidencia de las enfermedades crónicas alrededor del mundo, datos que ayudan a dimensionar su trascendencia en las condiciones de vida de la población:

Estas en la actualidad son las causantes, pues cerca del 46% de la población mundial tiene alguna enfermedad crónica y, cerca del 60% de los 58 millones de muertes anuales son causadas por enfermedades crónicas (Durán, Valderrama, Uribe, González & Molina, 2010).

Se debe destacar que por varias décadas, habían sido la principal causa de mortalidad en países de América del Norte como los Estados Unidos y Canadá. En la actualidad, estas se han posicionado, lamentablemente, como la primera causa de defunciones en

América Latina y en el Caribe, siendo el origen de dos de cada tres fallecimientos en la región, acorde con las cifras puestas a consideración por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (Montalvo Prieto, Cabrera Nanclares, & Quiñones Arrieta, 2012)

Como se ha evidenciado con estas cifras, las enfermedades crónicas se extienden cada vez más a nivel mundial y, por lo tanto, conllevan afectaciones diversas en la calidad de vida de las personas. Entre las consecuencias más graves se puede contar a la discapacidad en varios niveles, y una vida productiva deteriorada. Debido a estas consecuencias, se calcula que el costo social de las enfermedades crónicas en su conjunto es alto, debido a que se destina un elevado porcentaje de los presupuestos generales de cada país para el tratamiento y servicios de cuidado a estos pacientes en los sistemas de salud que, la mayoría de veces, superan su capacidad de respuesta (Montalvo Prieto, Cabrera Nanclares & Quiñones Arrieta, 2012)

Entre los padecimientos crónicos que afectan en mayor proporción a la población mundial se encuentra la Insuficiencia Renal Crónica, afección que se ha descrito como una “enfermedad renal terminal” y se considera “un problema de salud que implica el deterioro progresivo e irreversible del 90 – 95 % de la función renal, siendo preciso instaurar tratamiento sustitutivo con diálisis o trasplante para mantener la vida de los pacientes (Mera Santander, 2007)”. Sobre su definición se cita a continuación:

La enfermedad renal crónica es el funcionamiento anormal de los riñones por más de 3 meses o la alteración estructural de los mismos. A pesar de su prevalencia, y aunque se cuenta con estrategias de probada efectividad para su prevención y detección precoz, frecuentemente no es reconocida hasta los estadios terminales de la enfermedad que requieren tratamiento sustitutivo o trasplante renal, con la consiguiente carga de morbilidad, deterioro de la calidad de vida, años de vida perdidos y costos crecientes (Ministerio de Salud de la Nación, 2010).

El caso particular de las implicaciones psicológicas existentes en los pacientes que afrontan esta enfermedad degenerativa, conforma un escenario que remarca la

necesidad de una intervención o asistencia al enfermo, que procure el mejoramiento de su calidad de vida y de quienes se encuentran en su entorno inmediato, a través de un fortalecimiento de los índices de adherencia al tratamiento y de un trabajo que refuerce las aptitudes de adaptación y de ajuste emocional ante los cambios.

Esta asistencia debe contar con una planificación que considere factores como la condición específica del paciente, la fase de la enfermedad que se encuentre experimentando, los requerimientos de sus familiares o de quienes acompañen al enfermo durante su tratamiento médico, entre otros elementos fundamentales.

Lamentablemente, la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es una enfermedad que no es fácil de prevenir y que se logra tratar solamente cuando ya existe una afectación significativa a nivel orgánico esta se presenta.

Por una pérdida lenta, progresiva e irreversible de la función renal. Su evolución puede tomar muchos años y las manifestaciones clínicas de la enfermedad aparecen cuando la pérdida de la función del riñón se encuentra por encima de 70%; aun en estado más avanzado y con una función renal residual inferior a 20%, (Gamarra, 2013).

Los cambios en las condiciones de vida de los pacientes que sufren esta enfermedad son precipitados debido a que, por lo general, no son diagnosticados sino hasta que el daño renal y las enfermedades colaterales ya han avanzado significativamente.

Cuando la enfermedad ya ha avanzado hasta la etapa crónica se vuelve necesario que el paciente recurra a medios y procedimientos como el uso de un riñón artificial, procesos de diálisis o, en los casos más graves, su vida llegará a depender enteramente de la oportunidad de llevar a cabo un trasplante de riñón. Es por el impacto de condiciones como las reseñadas que la situación de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica requieren un abordaje psico-terapéutico desde un enfoque adecuado, que le permita afrontar su circunstancias de tal manera que la intervención signifique un beneficio para su calidad de vida y la de sus familias.

Investigaciones centradas en el estudio de individuos con situaciones vitales crónicas, cónyuges cuidadores de personas con una enfermedad mental y padres de niños con retraso mental, reportan la presencia de una pena recurrente (...). La angustia, el miedo, el resentimiento, la depresión, la intolerancia, la insatisfacción, son producto de manejar mal nuestras cargas emocionales, por ser las enfermedades crónicas trastornos mórbidos de origen multicausal, de carácter permanente, que provocan en las personas que la padecen y en sus familias modificaciones en el estilo de vida y en la dinámica familiar (Montalvo Prieto, Cabrera Nanclares & Quiñones Arrieta, 2012).

Simmons, Anderson y Kamstra coinciden al afirmar que el impacto psicológico de la Insuficiencia Renal Crónica está relacionado con el tratamiento que recibe cada paciente y con el modo en que evolucionan los síntomas físicos y las enfermedades concomitantes (1984).

Otros autores afirman que la adherencia al tratamiento resulta ser el factor determinante a la hora de intentar predecir la evolución que tendrá. Mencionan que, a pesar de que para obtener resultados óptimos en la salud de la población se requieren tratamientos eficaces, resulta igualmente significativo que los usuarios de estos tratamientos cuenten con una adecuada conducta de adherencia (Hotz, Kaptein, Pruitt, Sanchez-Sosa & Willey, 2003).

A manera de antecedente sobre los factores que pueden influir en la adherencia al tratamiento de los pacientes con IRC, destaca un análisis llevado a cabo en la ciudad en el año 2011 sobre la prevalencia de los niveles de depresión en personas diagnosticadas con esta afección, el cual concluye que la prevalencia alcanzó un nivel del 16 %, tomando en cuenta que los pacientes tenían una edad media de 53.70 años. Así mismo, se determinó que el 50.7 % de individuos que fueron parte de la muestra de este estudio, habían pasado por un periodo de tratamiento que había durado de 12 a 60 meses, lo cual es una cantidad de tiempo significativa. Los niveles de depresión se dividieron en 11.8 % de depresión leve y 4.2 % de depresión moderada. Se relacionó, además, a la ocupación y funcionalidad familiar con los bajos niveles de depresión encontrados en

esa población, lo cual demuestra que entre mayor sea el nivel de soporte emocional con el que cuente el paciente por parte de sus allegados para lidiar con su dolencia, tiene mejores posibilidades de adherirse eficazmente a su tratamiento (Monsalve, Morales, & Velez, 2011).

Por otro lado, en un estudio llevado a cabo en la capital del país en el año 2013, se concluyó que los pacientes con IRC sufren, efectivamente, trastornos afectivos, siendo los más frecuentes la ansiedad y la depresión. Se determinó que “la ansiedad en el paciente renal está relacionada con situaciones estresantes como el temor a la muerte dadas por el desconocimiento previo de la enfermedad y del tratamiento, el miedo a empeorar y el posible fallo de la máquina dializadora”; así mismo, se determinó que como aspectos influyentes en la aparición de sintomatología depresiva se encuentran “las pérdidas que este experimenta tras la enfermedad y el someterse a tratamiento, pérdidas de la imagen corporal, autonomía, trabajo, actividades diarias, rol de pareja y familiar, capacidad de elección, bienestar físico, sus sueños y aspiraciones” (Gordillo Córdova, 2013).

Sobre el factor interventivo y su influencia en el estudio citado, se manifiesta:

El acompañamiento terapéutico con el paciente renal crónico a nivel emocional contribuyó para una mejor adaptación de su enfermedad, (...) resultado eficiente tras obtener una respuesta positiva de los pacientes de la muestra ya que en un inicio (...) se encontraban con un estado emocional negativo y se pudo evidenciar luego del acompañamiento terapéutico una vida emocional más tranquila, el 100% de ellos evidenciaron una mejora en las distintas áreas como en las relaciones familiares y sociales, resolución en la etapa de crisis y con ello la aceptación de la enfermedad representada en la adherencia al tratamiento, la reducción de la ansiedad y de la depresión. (Gordillo Córdova, 2013).

En cuanto a la aplicación de un plan interventivo que abarque las necesidades especificadas, se puede citar el estudio realizado por González, Valencia y Bersch (2006) denominado *Intervenciones Psicoterapéuticas en pacientes con enfermedad médico quirúrgica*, en el que se concluye que la terapia basada en el enfoque

cognitivo conductual es una de las más eficaces al tratar las manifestaciones psicosomáticas de patologías médicas como la IRC, ya que la psicoterapia cognitivo-conductual aborda las interacciones que se dan entre los factores cognitivos, emocionales y comportamentales. El estudio sostiene que el beneficio de esta terapia radica en que provee al enfermo un fortalecimiento de los mecanismos de autorregulación, devolviéndole el control sobre su organismo y sobre las reacciones emocionales vinculadas a su condición. Se destaca también que ayuda a afrontar las dificultades psicosociales derivadas de su afección orgánica, lo cual deriva en un mejoramiento de su calidad de vida.

Con la finalidad de abordar la problemática que implica el lograr una eficaz adherencia de los pacientes a sus tratamientos y la potencialización de sus capacidades de adaptación al cambio, se ha considerado que la psicoterapia Integrativa es un enfoque viable a tomar en cuenta para delinear un plan de intervención que asista a los pacientes en sus diversos requerimientos, complementando aspectos como la interpretación del concepto de personalidad y las influencias biológicas y socioculturales que se reflejan en las expresiones afectivas, cognitivas, conductuales e interpersonales.

La psicoterapia integrativa remonta sus orígenes a las décadas de los 70 y 80, cuando los psicoterapeutas empezaron a adherirse a una postura cada vez más abierta sobre los aportes que presentaban los diversos enfoques de la Psicología Clínica. Es así que surge esta corriente como “un intento de potenciar y desarrollar la efectividad psicoterapéutica mediante propuestas novedosas y creativas basadas en más de una orientación teórica o técnica” (Rosado y Rosado, 2007).

La primera vez que se utilizó el término “Psicoterapia Integrativa” fue en el año 1972 y fue Richard Erskine quien lo empleó para referirse “tanto a la síntesis completa de la teoría y los métodos de la psicoterapia en lo afectivo, lo conductual, lo cognitivo y lo fisiológico como al resultado de la psicoterapia” (Erskine & Moursund, 2014, pag. 20).

Lo “integrativo” hace, pues, referencia al proceso de integrar la personalidad que implica un trabajo terapéutico sobre la cohesión de la personalidad, asimilando aspectos no conscientes y no resueltos a través de la limitación de los mecanismos de defensa, proyectando al paciente hacia la meta del mantenimiento de su salud. Así mismo,

aborda la esfera de las relaciones interpersonales para que los pacientes puedan reincorporarse al mundo con plena capacidad de contacto: a través de la integración, se hace posible para las personas afrontar cada momento abiertamente y de forma espontánea sin la protección de una opinión, postura, actitud, o expectativa formadas de antemano (Instituto de Psicoterapia Integrativa, 2015).

Por su parte, la Asociación Latinoamericana de Psicoterapias Integrativas ha definido a la Psicoterapia Integrativa empleando la siguiente caracterización:

- ✓ “Parte de una concepción de salud integral considerando al ser humano en su unidad psique- soma-entorno.
- ✓ Integra aportes de distintas corrientes de la psicología y de otras disciplinas conformando una teoría globalizadora.
- ✓ Posibilita la comprensión y abordaje de los procesos de salud y enfermedad considerando la multidimensionalidad y convergencia multifactorial presente en los mismos.
- ✓ Propone un proceso activo desarrollado en un contexto interpersonal diseñado específica y deliberadamente como medio de influencia con objetivos acordados entre cliente y terapeuta” (Asociación Latinoamericana de Psicoterapias Integrativas, 2015, pag. 30).

Los modelos integrativos representan, en la actualidad, una importante contribución al campo psicoterapéutico. Rodríguez Ramos (2006) plantea una visión sobre los modelos integrativos y las posibilidades que brinda su aplicación, al postular que estos no son un conjunto de enfoques o autores distintos, sino que implica una integración de paradigmas. Al respecto, este autor manifiesta:

“Se estructura sobre la base de paradigmas y parte hacia la búsqueda del conocimiento que se genera por distintas vías. La Psicología Integrativa, por lo tanto, está abierta a todas las psicotécnicas que científicamente han demostrado su utilidad a través de su aplicación en diferentes ámbitos clínicos, (...) valorando, entre algunos ejemplos, la relajación, la meditación, la

visualización, la hipnosis, la programación neurolingüística, la musicoterapia, la risoterapia, las diferentes modalidades de terapias individuales, de grupo y de familia y, a su vez, se hace énfasis en llevar a la persona a un nuevo estilo de vida” (Rodríguez Ramos, 2006).

Particularmente en Latinoamérica se puede reseñar el aporte de algunos profesionales en el campo de la Psicoterapia Integrativa. En Argentina, Héctor Fernández Álvarez diseña su propuesta integrativa cognitivo-constructivista partiendo de uno de los postulados básicos de la psicología cognitiva; este manifiesta que los seres humanos interpretan las experiencias vividas otorgándoles un significado específico (Mariñelarena Dondena, 2008). Al respecto Fernández Álvarez sostiene:

La moderna psicología cognitiva estudia el modo en que los seres humanos procesamos la información y otorgamos significado a nuestra experiencia, así como el modo en que construimos una determinada realidad en la cual situamos dicha experiencia. La “realidad” que consideramos no es ya externa y unívoca, como en el pensamiento positivista previo, sino la realidad que cada uno construye en un determinado contexto social (Fernández Álvarez, Kirszman & Nieto, 1994).

La propuesta de Fernández Álvarez plantea llevar a cabo un abordaje terapéutico que busca ejecutar cambios en el modo de vida del paciente con la finalidad de que éste lleve a cabo sus actividades de una manera plena, abandonando actitudes, roles y pensamientos, que resulten ser disfuncionales o incidan negativamente en su vida. En este sentido, se puede notar que la propuesta de Fernández Álvarez tiende a inclinarse hacia lo “positivo” en tanto que busca alcanzar la armonía en la existencia aplicando los fines más prácticos para ello.

Fernández Álvarez ha abordado directamente la temática de la psicología positiva con su trabajo “Herramientas de Psicología Positiva en la Clínica” en el que argumenta que las intervenciones orientadas por la psicología positiva se apoyan en las fortalezas del

sujeto, con la finalidad de fortalecer las aptitudes del paciente y enfatizar los aspectos emergentes de la organización personal (Mariñelarena Dondena, 2008).

Reforzando el factor positivista en la psicoterapia, el autor define a esta práctica de la siguiente manera:

La psicoterapia es un conjunto de procedimientos destinados a aliviar cierto tipo de padecimientos de los seres humanos, específicamente, aquellas formas de sufrimiento consideradas como carentes de sentido o posibles de ser evitadas por la persona que padece, o las que derivan de la necesidad de llevar adelante la vida de otro modo. Por lo tanto, un tratamiento psicológico está destinado a producir cambios que ayuden a las personas a vivir de manera más plena (Fernández Álvarez, Kirszman, & Nieto, 1994)

Otro aporte significativo a los enfoques integrativos es el de la profesional uruguaya Margarita Dubourdieu, quien, en su Modelo Integrativo Psiconeuroinmunoendocrinológico, enfatiza la importancia de que se comprenda las relaciones existentes entre *psique, soma* y entorno, entidades que conforman, en consecuencia, una unidad multidimensional. En palabras de la propia autora se define a esta propuesta de la siguiente manera:

La Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE) basada en investigaciones científicas que dan cuenta de las relaciones del Sistema Nervioso (SN) Sistema Endócrino (SE) y Sistema Inmune (SI) considera a todo sujeto en intermodulación con su entorno físico ambiental y socio cultural es decir al ser humano en su multidimensionalidad. Esta concepción integrativa psique-soma-entorno impele a incorporar aportes de distintas disciplinas y distintos modelos psicoterapéuticos para lograr una mejor comprensión de los fenómenos acaecientes. Se propone una evaluación diagnóstica y abordaje psicoterapéutico considerando 5 dimensiones: Biológica, Cognitiva, Psico-emocional-vincular, Socio-ecológica y Espiritual. De esta forma los

psicoterapeutas podrán tener una mejor aproximación a la comprensión de la complejidad humana y potenciar la eficacia terapéutica (Dubourdieu, 2009).

De esta forma se pone de manifiesto las interrelaciones de los sistemas, nervioso, endócrino e inmune, así como también la autora explicita las repercusiones del estrés y la incidencia en la salud del estilo de vida y de los factores biológicos y emocionales. Todo esto con la finalidad de lograr una comprensión multidimensional de los procesos de salud y enfermedad, con todas sus implicaciones (Dubourdieu, 2011).

Según su autora, la Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE) encuentra su fundamento en cuerpos teóricos como el paradigma de la complejidad, la teoría general de los sistemas y la teoría del caos. Desde esas concepciones Dubourdieu pretende proponer una perspectiva pluridimensional para interpretar los procesos que llevan a los individuos de un estado de salud a uno de enfermedad. La comprensión de estas transformaciones se llevaría a cabo tomando en consideración las perspectivas cognitiva, biológica psico-emocional, socio-ecológica y espiritual (Dubourdieu, 2008).

Como un referente que desarrolla la comprensión de la unidad cuerpo-mente-entorno y de los procesos salud-enfermedad, cobra también relevancia el tratamiento de factor “estrés”. Dubourdieu toma en cuenta el análisis que Lazarus y Folkman harían sobre la relación del estrés psicológico con los procesos de enfermedad, manifestando que hay una relación entre tres elementos: el factor estresante, la interpretación que hace la persona, consciente e inconscientemente, sobre éste y los mecanismos de afrontamiento con los que cuenta el sujeto (Dubourdieu, 2008).

Existen varias situaciones o circunstancias que pueden ser caracterizadas como estresores. Sin embargo, la reacción del individuo ante un estímulo de estas características dependerá de su personalidad y de sus particularidades. Un mismo factor estresor puede causar diferentes reacciones, dependiendo de la persona a la que sea aplicado. Incluso, si un mismo sujeto se encuentra en etapas diferentes de su vida, cabe la posibilidad que reaccione de formas disímiles en cada una de ellas ante el mismo estresor aplicado. Como manifiesta Dubourdieu: “la cronicidad de ciertas condiciones

de vida en interacción con factores de orden genético o de personalidad o bio-psico-sociales de un sujeto, podrán facilitar la emergencia de distintas enfermedades” (Dubourdieu, 2008).

Eventualmente, sea cual sea el modelo integrativo que se aborde en la práctica interventiva, puede advertirse que un enfoque bajo las premisas de esta corriente implicará considerar las características e interacción de tres elementos:

- 1) El terapeuta, formado en una visión integral del ser humano
- 2) La comprensión del terapeuta acerca del paciente
- 3) La planificación del tratamiento y elección de los métodos terapéuticos
(Universidad Anáhuac México Sur, 2014).

Para el último elemento descrito que corresponde a la delineación del programa de intervención más adecuado a la situación del paciente, y que en el presente estudio persigue la finalidad de mejorar la adherencia al tratamiento de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, se ha tomado como referencia principal el aporte del Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad desarrollado por el Dr. Lucio Balarezo Chiriboga, profesional que, bajo las características propias del contexto social ecuatoriano, ha llevado a cabo un planteamiento que busca integrar los conceptos y abordajes terapéuticos desarrollados desde distintas corrientes que aportan al esclarecimiento de los aspectos estructurales y funcionales del núcleo básico del sujeto, enriqueciendo así el diagnóstico y el ejercicio psicoterapéutico para conseguir resultados efectivos (Balarezo Chiriboga, 2003).

En su propuesta se incorporan aspectos clave como la centralización del trabajo sobre la esfera de la personalidad y la priorización de los aspectos relacionales durante el proceso psicoterapéutico. Para Balarezo, lo integrativo concierne a una totalidad dinámicamente articulada de partes y cuyo resultado final es diferente y más completo, complejo y útil que sus elementos aislados (Balarezo Chiriboga, 2003).

La base epistemológica del modelo integrativo desarrollado por el Dr. Balarezo es, utilizando su propia terminología, el “Constructivismo Moderado”. El autor expone este planteamiento en los siguientes términos

El modelo ecuatoriano de psicoterapia integrativa toma como base epistemológica el constructivismo moderado o relativo enmarcado en una filosofía humanista, validada en la percepción de cada individuo como ser humano con características propias, biológicas y sociales que estructuran su psiquismo, reconociendo a éste como una categoría superior y propia del ser humano que, como producto de la interrelación entre las dos categorías anteriores, se evidencia en la personalidad (Balarezo Chiriboga, Perfil del psicoterapeuta desde el modelo integrativo ecuatoriano, 2007).

El tener como base al Constructivismo en tanto teoría del conocimiento (en un grado moderado) implicará que, para el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad, cobran importancia los factores subjetivos del paciente, a través de los cuales se llega a aprehender circunstancias determinadas; la percepción será interpretada, así, como el instrumento con el cual se construye la realidad experimentada por los pacientes y, en este sentido, será un elemento de análisis y trabajo interventivo fundamental.

Complementariamente, la personalidad se convierte, bajo este abordaje, en el eje central de la práctica psicoterapéutica. Balarezo define a la personalidad como “la estructura psíquica dinámica, constituida por factores biológicos, psicológicos y socioculturales, interrelacionados entre sí, que posibilitan una construcción singular en el percibir, pensar, sentir y actuar del sujeto y cuya manifestación puede ser compartida por otros individuos (Balarezo Chiriboga, 2007)”, definición que pone de manifiesto el enfoque integrador de su propuesta.

El autor, además, recalca que esta definición requiere considerar algunas implicaciones; a saber:

- La personalidad constituye una organización cambiante que supera la acumulación de partes aisladas.

- La personalidad no es estática ni inmutable, está sujeta a variaciones procesuales dependientes de su propio dinamismo y de las influencias del entorno.
- La definición de personalidad integra los factores biológicos, psicológicos y socioculturales en su dinamismo.
- La personalidad como estructura dinámica interna determina una forma específica de relacionarse con el entorno y los demás.
- El concepto de personalidad en el modelo constructivista moderado permite predecir en forma relativa la manera de ser de los sujetos.
- La definición de personalidad transmite un sentido de coherencia y continuidad a las características del individuo (Balarezo Chiriboga, 2007).

Se puede señalar, en síntesis, que la propuesta del Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad entiende a este último componente de la propuesta como una variable dinámica, cuyos cambios están relacionados estrechamente con el entorno y las condiciones socioculturales que determinan las circunstancias de vida de los individuos. Además, ésta orientará las condiciones en las que se desarrollará las relaciones del sujeto, las cuales dependerán, a su vez, de sus características individuales.

En cuanto a las etapas del proceso de atención psicológica que se consideran fundamentales en base al planteamiento del Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad, se reseña las mismas a manera de pasos a seguir:

1. Determinación de la demanda, expectativas, motivaciones e inicio del proceso.
2. Investigación del problema, trastorno y la personalidad.
3. Planificación del proceso.
4. Ejecución y aplicación técnica.
5. Evaluación del diagnóstico, proceso y resultados (Balarezo, 2006).

Esta será, por tanto, la lógica metodológica que se empleará en el delineamiento del esquema de intervención, tanto en sus fases iniciales de evaluación y diagnóstico cuanto en la intervención misma. Se busca, de esta manera, dar cumplimiento a los objetivos

del presente proyecto bajo la organización sistemática propuesta por el enfoque integrativo que se toma como referencia principal.

Es necesario recalcar que el terapeuta ha de concebir, como un requisito imprescindible para alcanzar los objetivos propuestos, que las herramientas de diagnóstico, las técnicas empleadas para el abordaje de las terapias y los demás instrumentos interventivos, requieren ser compatibles entre sí y su aplicación debe resultar funcional al caso específico a tratar. A pesar de que la tendencia integrativa puede abarcar varios enfoques epistemológicos, se ha de procurar que la práctica terapéutica de este enfoque obedezca primordialmente a la lógica de la funcionalidad y la coherencia.

Se considera la utilización de técnicas psicoterapéuticas provenientes de diferentes corrientes teóricas y su aplicación creativa, según cada terapeuta. Será tarea del psicoterapeuta el escoger lo más adecuado para su paciente considerando sus características y las técnicas y procedimientos psicoterapéuticos más eficaces a la luz de la investigación empírica y que sean factibles de utilizar. Ello se efectúa a nivel de la exploración (...) y obedece a un pragmatismo necesario que nos indica la experiencia, la investigación y los reportes de numerosos terapeutas (Loubat O., 2005).

Por último, es necesario apuntar que las consideraciones de corte ético deben ser el núcleo desde el cual se piense la práctica interventiva, de una manera categórica. El rol del terapeuta ha de estar influenciado, en todas sus dimensiones, en la vocación de servicio y el respeto a la vida y requerimientos de sus pacientes.

“Naturalmente se deberá velar por un trabajo en el que prime el respeto a los derechos del paciente y una actitud profesional responsable (...). Es menester respetar el deseo del paciente, velar por un manejo técnico responsable y tener una posición valórica que esté en beneficio de aliviar un sufrimiento, considerando las idiosincrasias personales (Loubat O., 2005).

Capítulo 2: Evaluación y Diagnóstico Psicológico

El presente capítulo aborda el proceso de evaluación psicológica llevado a cabo con los pacientes diagnosticados con IRC. Esta se asocia con los predomios de personalidad del grupo de estudio.

Bajo este escenario se ha considerado pertinente la aplicación de instrumentos de evaluación que permitan detallar el cuadro clínico de los pacientes. Se escogieron para el efecto, el Inventario de Depresión de Beck, los Inventarios de Depresión y Ansiedad de Hamilton, el Cuestionario de Personalidad NEO, el Cuestionario de Personalidad SEAPSI y el Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico

2.1.- Metodología

2.1.1.- Participantes

La población de estudio estuvo conformada por los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Área de Hemodiálisis del Hospital Teófilo Dávila, ubicado en la ciudad de Machala. La muestra específica abarcó la participación de veinte voluntarios/as cuya característica común consistió en cumplir con un periodo de, o mayor, a los seis meses de tratamiento renal.

Los/asa voluntarios/as pertenecieron al tercer turno de atención y fueron subdivididos entre diez varones y diez mujeres, cuyas edades oscilaron entre los cuarenta y los sesenta años.

2.1.2.- Instrumentos

- a) **Inventario de Depresión de Beck (Beck, 1996):** El Inventario de Depresión de Beck tiene como autores a Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown. Es un instrumento que se describe como un auto-informe y está compuesto por 21 preguntas ordenadas en base a un esquema tipo Likert. “El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los

instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión”. Sus preguntas no están basadas en teoría alguna sino que toman en cuenta los síntomas clínicos más usuales que tienen los pacientes psiquiátricos con depresión. El inventario está diseñado para un uso clínico en pacientes adultos y adolescentes a los cuales se les haya diagnosticado depresión con 13 o más años de edad (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2013).

- b) Escala de Depresión de Hamilton (Hamilton, 1960):** La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depression rating scale (HDRS)) es una escala heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.
- c) Escala de Ansiedad de Hamilton (Hamilton, 1960):** La Escala de Hamilton para la Ansiedad es un instrumento cuyo objetivo es medir la intensidad de la ansiedad en los pacientes. Consta de catorce ítems que están pensados para realizar una evaluación de aspectos relacionados con lo psíquico, físico y conductual del trastorno de ansiedad. Uno de los ítems de esta prueba está, además, orientado para evaluar el ánimo depresivo. Esta prueba no está diseñada para evaluar específicamente un tipo de trastorno de ansiedad sino que más bien se encarga de medir manifestaciones inespecíficas. El marco de referencia temporal en el cual se enmarca esta prueba abarca los tres últimos días en la mayoría de ítem, a excepción del último de ellos en el que se mide la conducta del paciente mostrada en la entrevista (Centro de Asistencia, Docencia e Investigación Psiconeurocognitiva, 2006).
- d) Cuestionario de Personalidad NEO (Paul T. Costa (Jr.) & Robert R. Mc-Crae, 1992):** En la actualidad el modelo de los Cinco Grandes factores de personalidad se ha impuesto y existe un número importante de instrumentos diseñados para

su medida, de los cuales el más destacado es el NEO (...). Se recomienda el uso de esta prueba en los contextos evaluativos en los que se requiere medir la personalidad (clínico, educativo, organizacional), pues en los últimos veinte años el modelo de los cinco grandes se ha aceptado como la clasificación de rasgos de personalidad más validada y consensuada (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2006).

- e) **Cuestionario de Personalidad SEAPsi (Balarezo, 2010):** Este cuestionario permite, por medio del señalamiento de conductas generalizadas, identificar el predominio y los rasgos característicos de la personalidad, tomando en cuenta sus tendencias: cognitiva (paranoide o anancástica), afectiva (ciclotímica o histriónica), comportamental (impulsiva o trastorno disocial) y de déficit relacional (esquizoide, dependiente, evitativa o trastorno esquizotípico) (Córdova Vega, 2012)

- f) **Escala de Afrontamiento ante el Dolor Crónico (Junta de Andalucía, 2002):** La aplicación de este test provee un acercamiento a la manera personal en la que cada paciente afronta el dolor relacionado con la condición que padecen, a través del abordaje de temáticas como: religión, catarsis, distracción, autocontrol, autoafirmación y búsqueda de información.

2.2.- Análisis y discusión de datos

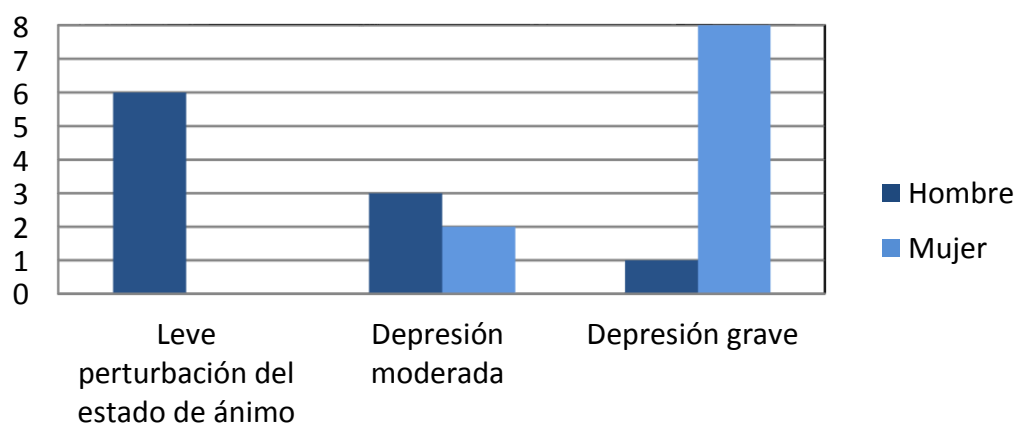
2.2.1.- Inventario de Depresión De Beck

Tabla 1: Distribución de los niveles de depresión según el Inventario de Depresión de Beck

Nivel de Depresión	Frecuencia		Porcentaje	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Leve perturbación del estado de ánimo	6	-	60%	-
Depresión moderada	3	2	30%	20%
Depresión grave	1	8	10%	80%
TOTALES:	10	10	100%	100%

Nota. Fuente: Grupo de estudio. Elaboración: Autora

Figura 1: Relación entre nivel de depresión y sexo del paciente según Inventario de Depresión de Beck



Según la Tabla 1, el 60% de los varones presenta leve perturbación del estado de ánimo; el 30% depresión moderada y el 10% depresión grave. En el caso de las mujeres, el 20% presenta depresión moderada; y el 80%, depresión grave.

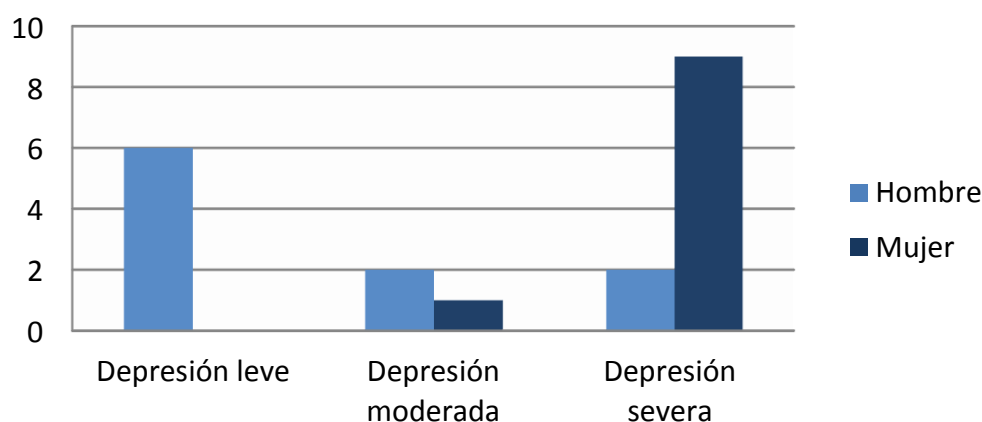
2.2.2.- Inventario de Depresión de Hamilton

Tabla 2: Niveles de depresión según el Inventario de Depresión de Hamilton

Nivel de Depresión	Frecuencia		Porcentajes	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Leve	6	-	60%	-
Moderada	2	1	20%	10%
Severa	2	9	20%	90%
TOTALES:	10	10	100%	100%

Nota. Fuente: Grupo de estudio. Elaboración: Autora

Figura 2: Relación entre nivel de depresión y sexo según Inventario de Depresión de Hamilton



Como lo ilustra la Tabla 2, el 60% de varones presentan depresión leve; el 20 %, depresión moderada; y el 20 %, depresión severa. Por otro lado, el 10% de mujeres manifiestan depresión moderada, y el 90%, depresión severa. Por lo tanto se concluye que las mujeres tienen una mayor tendencia a presentar niveles elevados de depresión.

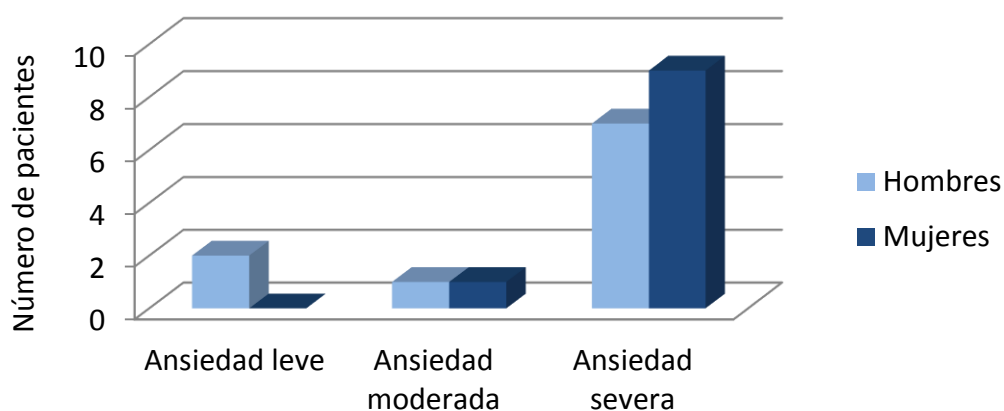
2.2.3.- Inventario de Ansiedad de Hamilton

Tabla 3: Niveles de ansiedad según el Inventario de Ansiedad de Hamilton

Nivel de Ansiedad	Frecuencia		Porcentajes	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Ansiedad leve	2	-	20%	-
Ansiedad moderada	1	1	10%	10%
Ansiedad severa	7	9	70%	90%
TOTALES:	10	10	100%	100%

Nota. Fuente: Grupo de estudio. Elaboración: Autora

Figura 3: Relación entre nivel de ansiedad y sexo según Inventario de Ansiedad de Hamilton



Luego del análisis del test, el 20 % de varones presenta ansiedad leve; el 10%, moderada; y el 70 %, severa. En el caso de las mujeres, el 10 % indican ansiedad moderada; y el 90 %, severa. Existe mayor nivel de ansiedad especialmente en las mujeres (ver Tabla 3).

2.2.4.- Cuestionario de Personalidad NEO

Tabla 4: Perfiles de personalidad según el Cuestionario de Personalidad NEO

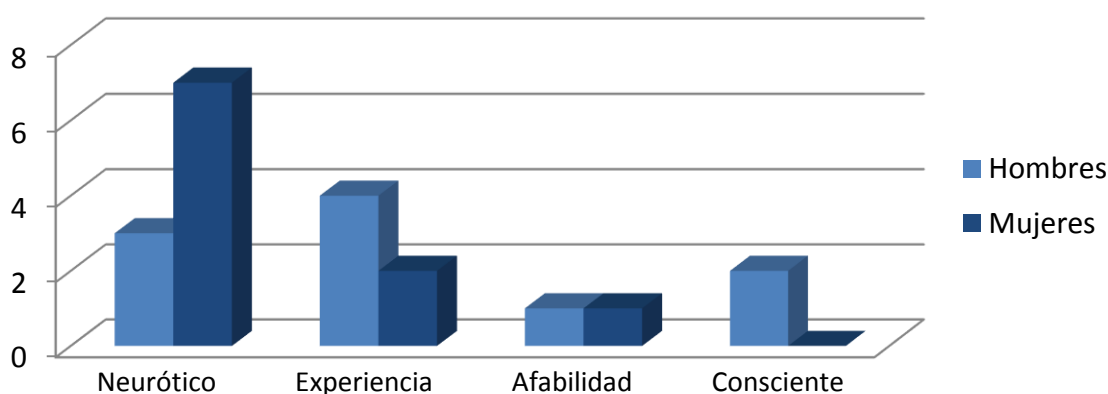
Perfiles de Personalidad	Frecuencia	Porcentajes
--------------------------	------------	-------------

Programa de Intervención Psicoterapéutica en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad

	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Neurótico	3	7	30 %	70 %
Experiencia	4	2	40 %	20 %
Afabilidad	1	1	10 %	10 %
Consciente	2	-	20 %	-
TOTALES:	10	10	100%	100%

Nota. Fuente: Grupo de estudio. Elaboración: Autora

Figura 4: Relación entre perfil de personalidad y sexo de pacientes según el Cuestionario de Personalidad NEO



Los resultados obtenidos arrojan que el 30% de los varones presentan una personalidad neurótica; el 40%, con el rasgo de experiencia; el 10%, afabilidad; y el 20%, consciente. Las mujeres poseen un tipo de personalidad neurótica (70%), con rasgos de experiencia (20%), afabilidad (10%). De este modo, las mujeres con IRC manifiestan mayor neuroticidad que los varones (Ver Tabla 4).

2.2.5.- Cuestionario de Personalidad SEAPSI

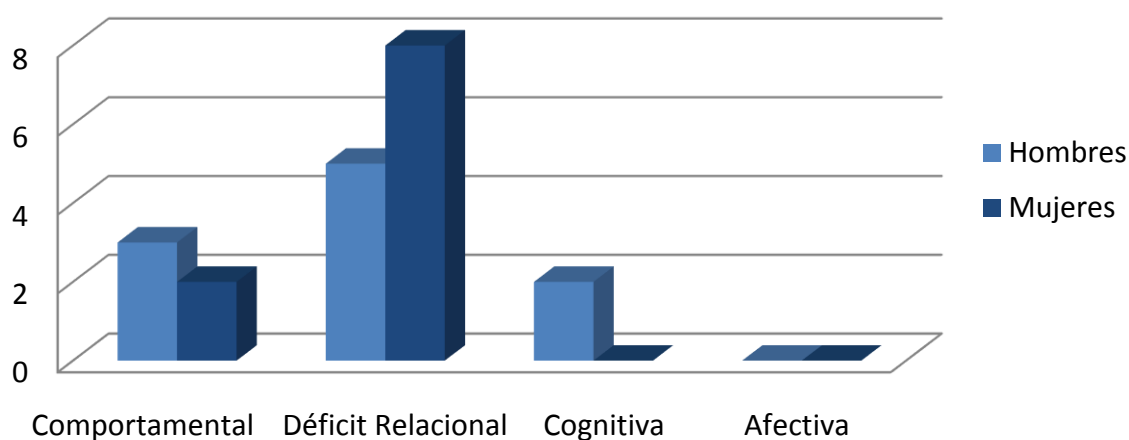
Tabla 5: Rasgos de personalidad prevalentes en pacientes con IRC, según el Cuestionario de Personalidad SEAPSI.

	Frecuencia	Porcentajes
--	------------	-------------

Predominio de Personalidad (Grupos)	Hombres		Mujeres	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Comportamental	3	2	30%	20%
Déficit relacional	5	8	50%	80%
Cognitivas	2	-	20%	-
Afectivas	-	-	-	-
TOTALES:	10	10	100%	100%

Nota. Fuente: Grupo de estudio. Elaboración: Autora

Figura 5: Relación entre predominio de personalidad y sexo de pacientes según el Cuestionario de Personalidad SEAPSI



Según la Tabla 5, el 30% de varones presenta una personalidad comportamental; el 50% presenta un patrón de déficit relacional; y el 20% manifiesta rasgos cognitivos. El 20% de las mujeres presenta un patrón caracterizado por rasgos comportamentales y el 80% de ellas manifiesta tendencia a un déficit relacional.

2.2.5.1.- Predominio de Subgrupos de Personalidad en el Cuestionario de Personalidad SEAPSI

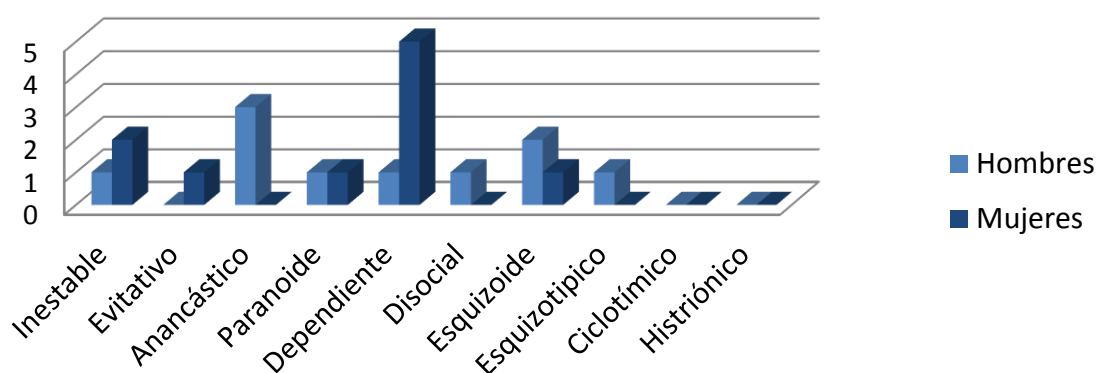
Tabla 6: Predominio de personalidad según la escala SEAPSI

Programa de Intervención Psicoterapéutica en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad

Predominio de Personalidad (Subgrupos)	Frecuencia		Porcentajes	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Inestable	1	2	10%	20%
Evitativo	-	1	-	10%
Anancástico	3	-	30%	-
Paranoide	1	1	10%	10%
Dependiente	1	5	10%	50%
Disocial	1	-	10%	-
Esquizoide	2	1	20%	10%
Esquizotípico	1	-	10%	-
Ciclotímico	-	-	-	-
Histriónico	-	-	-	-
TOTALES:	10	10	100%	100%

Nota. Fuente: Grupo de estudio. Elaboración: Autora

Figura 6: Predominio de personalidad por sexo de los paciente según la escala SEAPSI



El 50 % de los varones presenta personalidad con predominio de dependencia; el 20%, inestabilidad; y el 10%, respectivamente, se caracteriza por personalidades evitativas, paranoides, y esquizoides. El 30 % de las mujeres muestran tendencia anancástica en su

personalidad; el 20%, esquizoide; y el 10%, respectivamente, muestra rasgos de personalidad inestable, paranoide, dependiente, disocial y esquizoide (ver Tabla 6).

2.2.6.- Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico

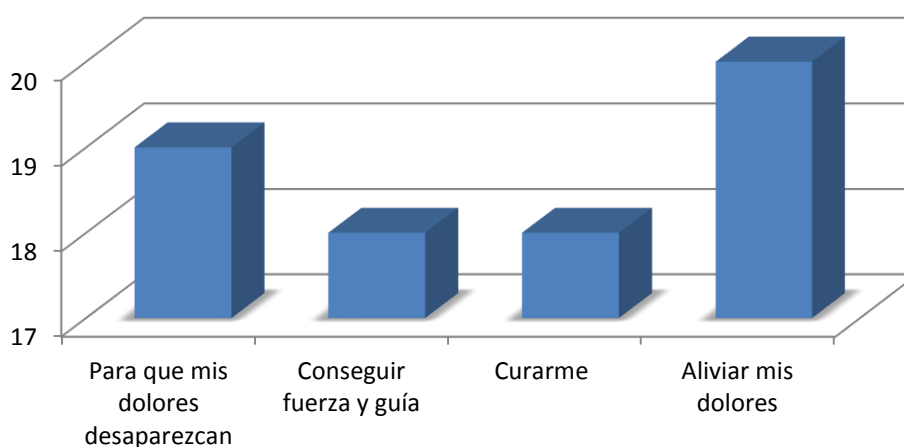
2.2.6.1.- Motivaciones de los pacientes

Tabla 7: Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico: Motivaciones de los pacientes

Rezo para...	Frecuencia		Porcentajes	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Que mis dolores desaparezcan	9	10	90%	100%
Conseguir fuerza y guía	8	10	80%	100%
Curarme	9	9	90%	90%
Aliviar mis dolores	10	10	100%	100%

Nota. Fuente: Grupo de estudio. Elaboración: Autora

Figura 7: Motivaciones de los pacientes



El 90% de varones reza para que sus dolores desaparezcan; el 80%, para conseguir fuerza y guía; el 90%, para curarse; el 100%, para aliviar sus dolores. El 100% de las mujeres

reza para que sus dolores se alivien o desaparezcan y para conseguir fuerza y guía; el 90%, para curarse (Ver tabla 7).

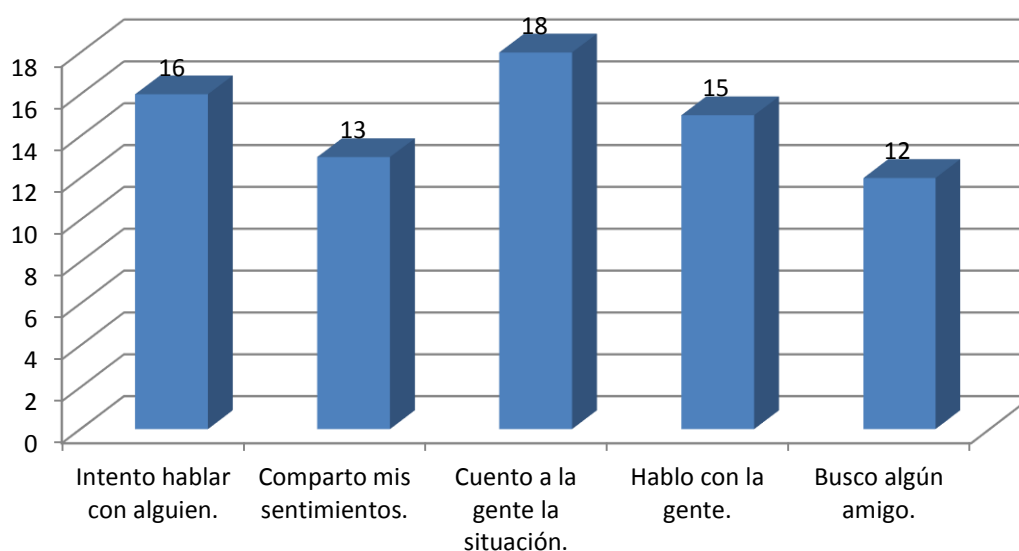
2.2.6.2.- Catarsis

Tabla 8: Catarsis

Cuando tengo dolor...	Frecuencia		Porcentajes	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Intento hablar con alguien	6	10	60%	100%
Comparto mis sentimientos	5	8	50%	80%
Cuento a la gente la situación	8	10	80%	100%
Hablo con la gente	6	9	60%	90%
Busco algún amigo	5	7	50%	70%

Nota. Fuente: Grupo de estudio. Elaboración: Autora

Figura 8: Catarsis



El 60% de varones respondieron que cuando tienen dolor intentan hablar con alguien; el 50%, comparte sus sentimientos; el 80% cuenta a la gente su situación; el 60% habla

con la gente; el 50% buscan un amigo. Por otro lado, el 100% de mujeres respondió que cuando tiene dolor intenta hablar con alguien; el 80%, comparte sus sentimientos; el 100% comparte a la gente su situación; el 90%, habla con la gente y el 70% busca un amigo (Ver tabla 8).

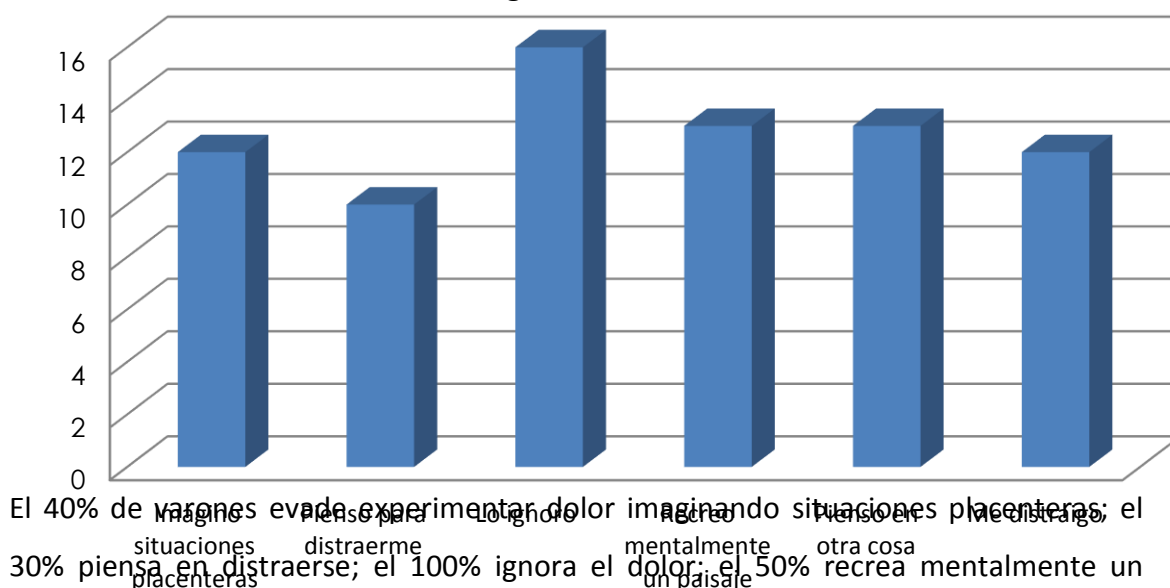
2.2.6.3.- Distracción

Tabla 9: Distracción

Cuando tengo dolor...	Frecuencia		Porcentajes	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Imagino situaciones placenteras	4	8	40%	80%
Pienso para distraerme	3	7	30%	70%
Lo ignoro	10	6	100%	60%
Recreo mentalmente un paisaje	5	8	50%	80%
Pienso en otra cosa	8	5	80%	50%
Me distraigo	4	8	40%	80%

Nota. Fuente: Grupo de estudio. Elaboración: Autora

Figura 9: Distracción



paisaje; el 80% piensa en otra cosa; el 40% se distrae. En el caso de las mujeres, el 80% imagina situaciones placenteras; el 70% piensa en distraerse; el 60% lo ignora; el 80% recrea mentalmente un paisaje; el 50% piensa en otra cosa, y el 80% piensa en distraerse (Ver Tabla 9).

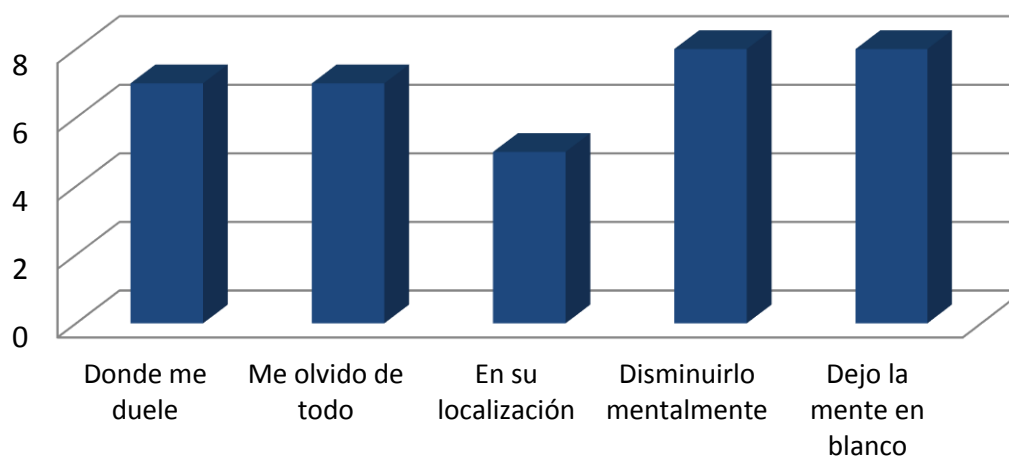
2.2.6.4- Autocontrol

Tabla 10: Autocontrol

Me concentro...	Frecuencia		Porcentajes	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
En donde me duele	7	5	70%	50%
Y me olvido de todo	7	7	70%	70%
En su localización	5	7	50%	70%
En disminuirlo mentalmente	8	7	80%	70%
Y dejo la mente en blanco	8	9	80%	90%

Nota. Fuente: Grupo de estudio. Elaboración: Autora

Figura 10: Autocontrol



El 70% de varones respondió que se concentra en el punto en donde más le duele; el 70% logra concentrarse y olvidarse de todo; el 50% se concentra en el punto de localización; el 80% disminuye mentalmente el dolor deja toda su mente en blanco. Los resultados son similares para el género femenino: el 50% de las mujeres se concentra donde le duele; el 70% se olvida de todo, se concentra en la localización del dolor y trata de disminuirlo mentalmente; y el 90% deja la mente en blanco (Ver Tabla 10).

2.2.6.5.- Autoafirmación

Tabla 11: Autoafirmación

Autoafirmación	Frecuencia		Porcentajes	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Tengo fuerza y no desfallezco	4	8	40%	80%
Aguanto el dolor	8	8	80%	80%
Tengo que ser fuerte	7	8	70%	80%
No me rindo y peleo	7	8	70%	80%
Procuro que no se note	4	6	40%	60%

Nota. Fuente: Grupo de estudio. Elaboración: Autora

Figura 11: Autoafirmación



El 40% de varones sabe que tiene que tener fuerza y no desfallecer; el 80% aguanta el dolor; el 70% sabe que tiene que ser fuerte; el 70% no se rinde y pelea; el 60% procura que no se note. Las mujeres presentan cifras semejantes, pero mantienen más autoafirmación que en el caso de los hombres. Esto se evidencia en los aspectos relacionados con la expresión emocional y la resiliencia vistas en las variables (Ver Tabla 11).

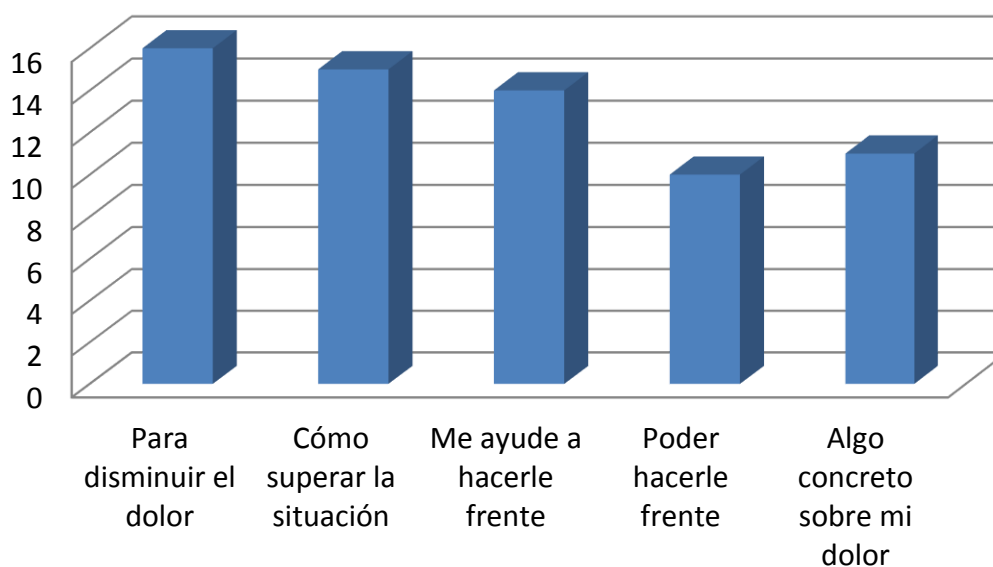
1.2.6.5.- Búsqueda de Información

Tabla 12: Búsqueda de información

Búsqueda de información	Frecuencia		Porcentajes	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Para disminuir el dolor	7	9	70%	90%
Como superar la situación	7	8	70%	80%
Me ayude a hacerle frente	6	8	60%	80%
Poder hacerle frente	5	5	50%	50%
Algo concreto sobre mi dolor	6	5	60%	50%

Nota. Fuente: Grupo de estudio. Elaboración: Autora

Figura 12: Búsqueda de información



El 70% de varones busca información para disminuir el dolor y superar la situación; el 60% se interesa en temas para ayudar a hacerle frente a sus problemas; el 50% para enfrentar los problemas; el 60% busca algo concreto sobre el dolor. Porcentajes similares se presentan para el género femenino (ver Tabla 12).

2.3.- Conclusiones

En base a los resultados de la investigación realizada y al análisis y comparación de los datos obtenidos, se ha podido llegar a las siguientes conclusiones:

- Las mujeres presentan una mayor sintomatología asociada con estados de depresión y ansiedad; algunas veces sus condiciones socioculturales (dependencia económica, residencia en casa de familiares, falta de una red de contención, etc.) son los factores que las hace más vulnerables a mantener esta problemática.
- Los pacientes con IRC, efectivamente, presentan malestar emocional significativo asociado con una tendencia a patologías como la depresión, ansiedad o a emociones como la ira, frustración y culpabilidad.
- Dentro de los rasgos característicos o predominantes que se diagnosticaron, se evidenció la existencia de tipologías de déficit relacional tipo dependiente; en las mujeres existen altos niveles de neuroticismo. Acorde a esta información, las mujeres resultan ser más vulnerables que los hombres, a pesar de que en varios grupos ellos presentan mayores niveles de ansiedad.
- Se propuso desarrollar una optimización de los rasgos de personalidad, una adquisición de conductas más adaptativas y una disminución de síntomas específicos. Las técnicas de aplicación del programa, se prevé, serán sencillas pero efectivas específicamente para este tipo de problemáticas.
- Uno de los puntos a destacar luego de analizar los resultados de la investigación es que la mayoría de los pacientes mantienen la motivación a través de las actividades religiosas como el rezo, lo que genera en ellos una sensación de esperanza ante las adversidades que enfrentan.

Capítulo 3: Propuesta de Intervención y Asesoramiento Psicológico

En el presente capítulo se expondrá de manera detallada, la metodología de intervención psicoterapéutica para el abordaje de ansiedad, depresión y estrés asociados con la Insuficiencia Renal Crónica. Esta se centra en la asesoría, consejería psicológica y el alivio sintomático con la finalidad de mejorar la adherencia al tratamiento y la vivencia de su condición.

El proceso de trabajo se divide en tres etapas: Etapa Previa, Etapa de Planificación y Etapa de Evaluación, de las cuales se detallan los pasos seguidos a continuación:

3.1.- Proceso de Trabajo

3.1.1.- Etapa Previa

El proceso inició con la aplicación de la Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica FIEPs (ver anexo) cuyos objetivos son: a) conocer motivo de consulta o remisión; b) identificar antecedentes disfuncionales (que definen el cuadro clínico); c) identificar la historia familiar/social (que hace referencia a la personalidad); d) aplicar reactivos que confirman o refutan la apreciación clínica; e) definir el trastorno o problema y tipología de personalidad; y, f) establecer conclusiones, recomendaciones y pronóstico.

Se utilizó la ficha de pareja y familia (ver anexos 1 y 2) con la finalidad de reconocer el tipo de relación que mantiene el/la paciente con su núcleo familiar (interacción familiar con el padre, madre, hijos, hermanos, etc.).

Se recurrió a la Guía No. 2 para analizar la demanda, expectativas y motivaciones previas al inicio del proceso (ver anexos 1 y 2). Esta ficha facilita: a) identificar su origen (paciente/cliente, familiar profesional u otros); b) confirmar si es explícita o implícita; c) averiguar las expectativas y motivaciones (se adecua las demandas tanto del cliente, terapeuta y familiares con el fin de evaluar los intereses).

Además, se empleó la Guía No. 3 en donde hace referencia el tipo de primera entrevista. Según el Modelo Ecuatoriano existen los siguientes tipos de entrevista: a) entrevista de psicodiagnóstico (nos ayuda a recolectar datos informativos según la FIEPs); b) de consulta (cuando se averigua sobre problema de otras personas o desea un tratamiento posteriormente); c) entrevista única (casos de violencia, etc.); y d) de inicio de proceso terapéutico (nos ayuda a establecer la empatía o rapport para estructurar la relación terapéutica).

Finalmente se procedió a aplicar la Guía No. 4: Síntesis valorativa y diagnóstica de componentes biológicos, psicológicos y sociales (ver anexos 1 y 2) que detalla: a) descripción del trastorno o problema (se identifica factores tanto biológicos, sociales y psicológicas que influyen en el trastorno o problema); b) descripción de la personalidad (se evidencia las características de la personalidad, estilos cognitivos y rasgos potencializadores o limitantes); y c) decisiones sobre el proceso psicoterapéutico.

3.1.2.- Etapa de Planificación

En esta etapa se diseñó el plan terapéutico (ver anexos 1 y 2), cuyos componentes fueron: a) formulación dinámica del trastorno o problema (nos ayudó a entender el proceso y la evolución del trastorno o problema de una manera objetiva); b) formulación dinámica de la personalidad (describe los rasgos de personalidad tanto negativos como positivas teniendo en cuenta sus funciones cognoscitivas, intelectivas, nivel de integración, motivación, etc.); c) señalamiento de objetivos con relación a la problemática, sintomatología y personalidad (en esta etapa se estructuró un plan y se orientó tanto para la resolución de problemas, alivio sintomático y flexibilización de personalidad; se tomó en consideración las expectativas del paciente, familiares y terapeuta); y, d) señalamiento de técnicas con relación a la problemática, sintomatología y personalidad (en esta fase se adecuaron conjuntamente con los objetivos planteados y según la necesidad para cada uno de los casos, tomando en cuenta factores como su cuadro clínico, paciente, terapeuta, condiciones socio-culturales, etc.)

Se procedió a llenar la Guía No. 6 que corresponde a la Ficha de Evolución (ver anexos 1 y 2). Esta se caracteriza por: a) Fecha (se escribe el día y la hora de las sesiones terapéuticas); b) evolución (se realiza anotaciones tanto de los cambios positivos o negativos que va obteniendo el paciente dentro de las sesiones terapéuticas; y c) actividad (durante este momento se puede llegar a rectificar tanto en el planteamiento de objetivos o señalamiento de técnicas cuando el caso así lo requiera.

3.1.3.- Etapa de Evaluación

Se culminó con la aplicación de la Guía No. 9. En esta fase se efectuó la evaluación final del proceso psicoterapéutico (ver anexos 1 y 2). Entre los pasos se cuenta: a) se detalla si se realizó asesoramiento psicológico o psicoterapia; b) se centró tanto en resolución de conflictos, disminución de alivio sintomático o potencializó rasgos de personalidad; c) se identifica el cumplimiento de objetivos (se mide el nivel de satisfacción tanto del paciente, familiar o terapeuta durante todo el transcurso del tratamiento); d) técnicas empleadas y el grado de eficacia; y e) se especifica si hubo cumplimiento de las expectativas tanto del paciente, familiar, terapeutas u otros al igual si se derivó a otro profesional o existió deserción del paciente en donde se explica sí o no y porqué.

3.2.- Plan de Intervención

En los siguientes acápite se procede a realizar una descripción de lo que fueron las doce sesiones de intervención que se llevaron a cabo con los pacientes; además de que se describe a detalle cada uno de sus componentes metodológicos.

3.2.1.- Primera Sesión: Acercamiento inicial

La primera sesión significó el primer acercamiento del paciente con el programa de intervención, por lo que se trató de una sesión individual. Tuvo como objetivos identificar los problemas a tratar, establecer metas y lograr que comprenda en qué consiste el plan de intervención para que su participación sea estructurada y eficaz.

Se procedió a recibirlo y a recoger la información necesaria para sistematizar las guías SEAPSI correspondientes a la etapa previa del proceso. Se procedió, entonces, a elaborar el correspondiente encuadre clínico, en el que se determinó que las sesiones se realizarían dos veces por semana durante tres meses, considerando una duración de cuarenta minutos por sesión. Así mismo, una vez determinadas las motivaciones y expectativas del paciente, se explicó el proceso de trabajo.

3.2.2.- Segunda y Tercera Sesión: Aplicación de instrumentos de diagnóstico

En la segunda y tercera sesión se organizaron sesiones individuales en las que se llevó a cabo la aplicación de baterías de preguntas a través de los siguientes reactivos: Inventario de Depresión de Beck, Escala de Depresión y Ansiedad de Hamilton, Cuestionario de Personalidad SEAPSI, Cuestionario de Personalidad NEO y Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico.

Esta labor permitió contar con una hipótesis inicial sobre la personalidad de los pacientes, lo que a su vez facultó la obtención de un registro del comportamiento de la muestra estudiada y, posteriormente, se pudo conocer la respuesta emocional y evolución de los pacientes a la intervención planteada.

Se instruyó a los pacientes respecto a sus trastornos, explicándoles de manera resumida las características de la problemática comportamental detectada que influyen en la poca adherencia al tratamiento de su enfermedad. Luego de esto se pidió que participen a manera retroalimentación con la finalidad de establecer una alianza terapéutica con el paciente fomentando la confianza en el terapeuta.

3.2.3.- Cuarta Sesión: Psicoeducación

En la cuarta sesión, de manera grupal, se llevó a cabo un proceso de intervención psicológica bajo un abordaje psicoeducacional cuyo objetivo fue disminuir la ansiedad presentada por los pacientes. Se inició con una dinámica de integración grupal durante la cual se manifestaron sus compromisos con el programa; además esta actividad ayudó a que los participantes reduzcan sus temores y afiancen su autoconfianza.

La intervención psicoeducacional se centró en factores como el análisis de los cambios que origina la IRC en la calidad de vida. Se determinó que algunas de las causas por las que se modifica la relación con su entorno comprenden una mala relación intrafamiliar, el aislamiento social y la pérdida laboral, entre las más comunes. Ante estos cambios, se identificaron sentimientos de tristeza, soledad, culpabilidad e incapacidad, ante los cuales se resolvió promover nuevas estrategias de afrontamiento para una mejor aceptación, comprensión y autocontrol, propiciando la empatía y rapport; a la vez se creó un ambiente de calidez y confianza que influyó positivamente.

El principal resultado que se obtuvo con este abordaje fue el aumento de la adherencia al tratamiento, factor del cual depende el éxito terapéutico. Los pacientes incrementaron su motivación para seguir el tratamiento prescrito al asimilar su situación y notar que el terapeuta comprende su padecer. Esta motivación se ve reflejada en el una participación activa del paciente en las actividades terapéuticas (revisión de creencias disfuncionales, cumplimiento de tareas, mantener una actitud abierta ante las sugerencias, etc.)

El conocimiento aumenta el compromiso con el tratamiento de la enfermedad. La psicoeducación no solo es importante por sus efectos clínicos, sino que se convierte en el eje terapéutico primordial que permite cumplir con una obligación ética por parte del terapeuta.

3.2.4.- Quinta Sesión: Psicoeducación

La quinta sesión significó la continuación del abordaje psicoeducacional con los pacientes, bajo la modalidad grupal de intervención.

Los objetivos se encaminaron hacia la indagación sobre las expectativas respecto a la terapia y la instrucción sobre el modelo cognitivo. Se extendió la labor en pos de disminuir la ansiedad, temores, miedos y angustias, factores que han configurado progresivamente cuadros de malestar subjetivo que han disminuido la adherencia al tratamiento. Los participantes describieron las características de su ansiedad, identificando el momento en el que esta se presenta. Se brindó una perspectiva nueva

en la cual se enfocó a su condición no como una enfermedad sino como un estilo de vida que es posible de sobrellevar ayudándose del autocontrol.

Adicionalmente se sugirió emplear un registro diario de pensamientos con la finalidad de que los pacientes puedan identificar pensamientos automáticos influenciados por su estado emocional. El registro consistió en llenar día a día una hoja dividida en cinco columnas. En la primera columna los pacientes registraron una situación conflictiva (situación presente o pasada); en la segunda columna anotaron el pensamiento o imagen que visualizaron; en la tercera columna especificaron la emoción y su intensidad; en la cuarta columna colocaron una respuesta racional ante el pensamiento automático, y en la quinta columna se registró el resultado final (Beck, 1993).

3.2.5.- Sexta Sesión: Actividades de autoreconocimiento

La sexta sesión, llevada a cabo de manera individual para cada paciente, se centró en la liberación de emociones y un autoreconocimiento de las posibles soluciones a conflictos a través de la técnica denominada biblioterapia. La meta que se persiguió en esta sesión fue la de promover un cambio de conducta cognitivo y/o emocional con una dirección normada y establecida. Esto implicó un trabajo en aspectos entre los que se destacan los siguientes:

- ✓ El paciente debe entenderse y conocerse mejor como individuo.
- ✓ El paciente internaliza situaciones que pueden presentarse como una enfermedad, conflictos intrafamiliares o circunstancias adversas, en general. Esta internalización persigue la disminución del miedo y del sentimiento de soledad.
- ✓ El paciente aprende estrategias para afrontar sus problemas y así disminuir sus frustraciones y conflictos.
- ✓ El paciente internaliza la importancia de la independencia y la autoayuda, con lo cual se consigue desarrollar un mejor autoconcepto (Geenberg y Beck, 1974)

3.2.6.- Séptima Sesión: Resolución de Problemas

Se configuró bajo el enfoque del entrenamiento asertivo como método psicoterapéutico, y se llevó a cabo bajo la modalidad de terapia individual. Tuvo la finalidad de lograr que los pacientes manejen sus conflictos personales y familiares de una forma adecuada expresando sus pensamientos y sentimientos de una manera no agresiva. Bajo este contexto se aplicó las siguientes técnicas o herramientas:

- Disco rayado: Técnica que consiste en la repetición serena de palabras que expresan nuestros deseos, una y otra vez. Evita la anteposición de excusas y ayuda a persistir en un determinado objetivo.
- Técnica de Resolución de problemas: El objetivo de la aplicación de esta técnica fue mejorar la manera en que los pacientes resuelven sus conflictos. Esta actividad motivó que algunos pacientes experimentaran frustración; ante esta situación se les brindó apoyo motivándolos a continuar intentando adquirir habilidades constructivas.

Beck propone el siguiente esquema de resolución de problemas:

- Definir el problema con términos específicos y claros
- Proponer una serie de soluciones posibles
- Examinar los pro y los contras de cada solución propuesta
- Aplicar la conducta después de planificarla, prepararla y planificarla
- Valorar el resultado y evaluar la solución de otros problemas posibles (Beck, 2013).

Adicionalmente, se mostró a los pacientes que es posible evitar la agresividad con los demás en situaciones de estrés, para aceptar que todo ser humano comete errores, sin que por esto deba sentirse culpable o pensar que está siendo castigado.

3.2.7.- Octava Sesión: Supervisión del programa

En la octava sesión se desarrollaron actividades, a manera de supervisión y asesoramiento, sobre los puntos y aspectos del tratamiento que fueron abordados con

anterioridad, con la finalidad de llevar a cabo la retroalimentación de los actores involucrados y una consolidación del progreso alcanzado.

3.2.8.- Novena Sesión: Acercamiento cognitivo-conductual

Con la novena sesión se dio inicio a una nueva fase del tratamiento en la cual se emplearon técnicas cognitivo-conductuales tomando como referencia el modelo de Aaron Beck y la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis, con la Técnica del A B C y detección de pensamientos irracionales de Beck.

En esta sesión se abordó la influencia de los pensamientos sobre las emociones, aplicando la técnica de imágenes inducidas, la cual permitió poner de manifiesto el impacto emocional de las imágenes que los pacientes forman en sus esquemas de pensamiento (Beck, 1993).

Los pacientes imaginaron escenas desagradables generadoras de ansiedad y tristeza; posteriormente, procedieron a imaginar escenas agradables, generadoras de bienestar, placer y tranquilidad y cada uno/a relató su experiencia dentro de la dinámica. Al finalizar el ejercicio se procedió a recalcar la influencia determinante de los pensamientos en las emociones y cómo se puede controlar los primeros en beneficio de las segundas.

Así mismo, se trabajó sobre la concienciación de la relación existente entre pensamiento y emoción exponiendo la teoría de Aaron Beck sobre la Triada Cognitiva, en la que el autor manifiesta que el paciente depresivo tiene una alteración en los patrones cognitivos que lo inducen a tener una visión negativa de sí mismo, de sus experiencias y del futuro (Beck, 1979).

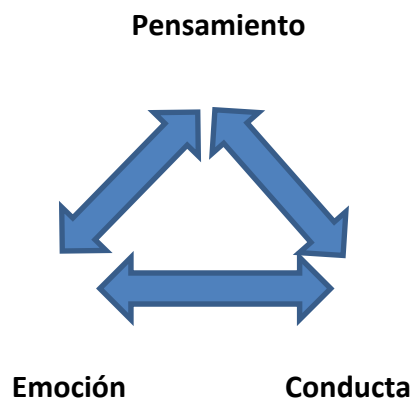
Beck sostiene que durante el procesamiento de la información pueden ocurrir ciertas alteraciones que lleven a los pacientes a sacar conclusiones arbitrarias. Se ha descrito varias distorsiones o errores cognitivos de ciertos pacientes depresivos entre los que se cuenta:

- Inferencia arbitraria

- Abstracción selectiva
- Sobre-generalización
- Maximización y minimización
- Personalización
- Pensamiento dicotómico
- Etiquetas personales
- Abstracción selectiva (Beck, 1979)

3.2.9.- Décima Sesión: Acercamiento cognitivo-conductual

El plan de esta sesión se enfocó en el esquema básico de la Terapia Cognitiva que puede ser graficado como un triángulo en donde, en cada vértice, se puede ubicar a los pensamientos o cogniciones, la conducta y la emoción.



Se explicó a los pacientes que los pensamientos se relacionan estrechamente con las emociones y las conductas. Se analizó el siguiente ejemplo: un paciente depresivo que manifiesta (pensamiento): “No sirvo para nada” se provocará angustia a sí mismo (sentimiento) y, a su vez, esto posibilitará que lleve a cabo acciones como llorar, patlear, autolesionarse, etc. (conductas), lo cual no hará más que corroborar su creencia inicial: “No sirvo para nada”.

Se determinó que cuando se establece el circuito descrito, basta que aparezca un leve pensamiento o emoción para que éste se active. Se les recordó a los pacientes que las

creencias están constituidas a partir de experiencias y procesos cognitivos particulares. Se expuso que la Terapia Cognitiva se vale de estos elementos de análisis para el trabajo clínico y que el terapeuta, junto con el paciente, trataría de crear experiencias para contrastar sus creencias.

Luego del ejercicio descrito se pidió a los pacientes que, a manera de tarea, redacten una lista de pensamientos irracionales que podrían generar depresión o ansiedad asociados a su baja adherencia al tratamiento y a su enfermedad.

3.2.10.- Undécima Sesión: Análisis de avances

Se procedió a revisar las listas elaboradas por los pacientes en búsqueda de pensamientos alternativos más adaptativos, realistas o racionales, haciendo uso del lenguaje al reemplazar el término “debería” por “preferiría” o “me gustaría”.

Adicionalmente, se llevó a cabo un análisis de los avances presentados, comparando el nuevo monitoreo de actividades con las realizadas semanas atrás. Posteriormente, en grupo, se analizó las actividades positivas que los pacientes adoptaron, demostrando así que estas generaban un bienestar subjetivo y lograban incrementar la autoconfianza frente a situaciones perturbadoras del ánimo.

3.2.11.- Duodécima Sesión: Cierre del Programa

Esta sesión se enfocó en prevenir posibles recaídas en los pacientes, además de establecer metas y compromisos reales y analizar los resultados obtenidos con el plan de asesoramiento psicológico en el grupo de estudio.

Se incentivó a que el paciente disponga metas reales a corto y largo plazo con la utilización de imágenes guiadas. Otro de los propósitos fue el de combatir la baja tolerancia a la frustración adoptando un estilo de afrontamiento positivo ante su enfermedad.

La retroalimentación fue también un elemento importante para fortalecer aspectos tratados en sesiones anteriores. En esta medida se evaluó el proceso de intervención y asesoramiento psicológico, compartiendo recomendaciones generales para el grupo.

3.3.- Conclusiones

En base al análisis de los resultados obtenidos con la aplicación de las técnicas de intervención descritas en cada una de las sesiones se puede concluir que, en efecto, se logró disminuir eficazmente los síntomas de ansiedad y depresión en los pacientes con IRC a través del abordaje de las situaciones conflictivas que los aquejaban desde un enfoque cognitivo-conductual. Los pacientes asimilaron las nociones sobre aquellas actitudes y pensamientos que resultan disfuncionales y perjudiciales para su bienestar, y procuraron continuar con el cambio de patrones conductuales negativos establecidos que los llevan a experimentar inestabilidad emocional.

Con las actividades de estas sesiones se logró motivar significativamente a los pacientes con IRC para que sigan sus respectivos tratamientos, adoptando una actitud positiva ante su situación de enfermedad y proponiéndose no interpretarla como un padecimiento sino como una condición de vida que, efectivamente, es posible sobrellevar.

Capítulo 4: Resultados de la Intervención

En el presente capítulo, se exponen los resultados e impresiones obtenidas luego de la aplicación del Programa de Intervención Psicoterapéutica en los pacientes que sufren IRC, que participaron en el presente trabajo.

Tabla 13: Niveles de depresión y ansiedad por sexo y predominio de personalidad en pacientes, antes y después del programa de intervención.

Predominio de personalidad	Antes		Después	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Comportamental	60%	20%	20%	10%
Déficit relacional	30%	80%	10%	40%
Cognitivo	10%	-	-	-
Afectivo	-	-	-	-
TOTAL	100%	100%	30%	50%

Nota. Fuente: Grupo de estudio. Elaboración: Autora

Figura 13: Niveles de depresión y ansiedad por predominio de personalidad en hombres, antes y después del programa de intervención

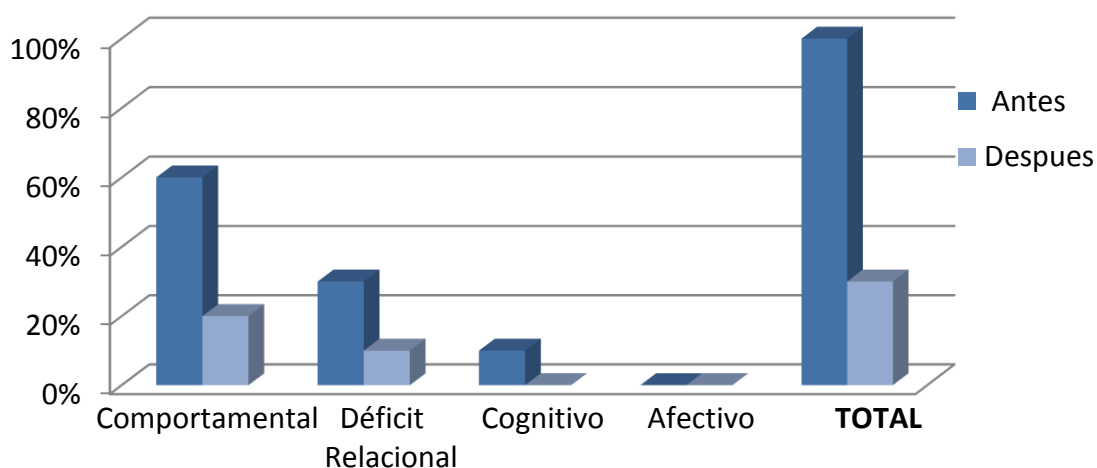
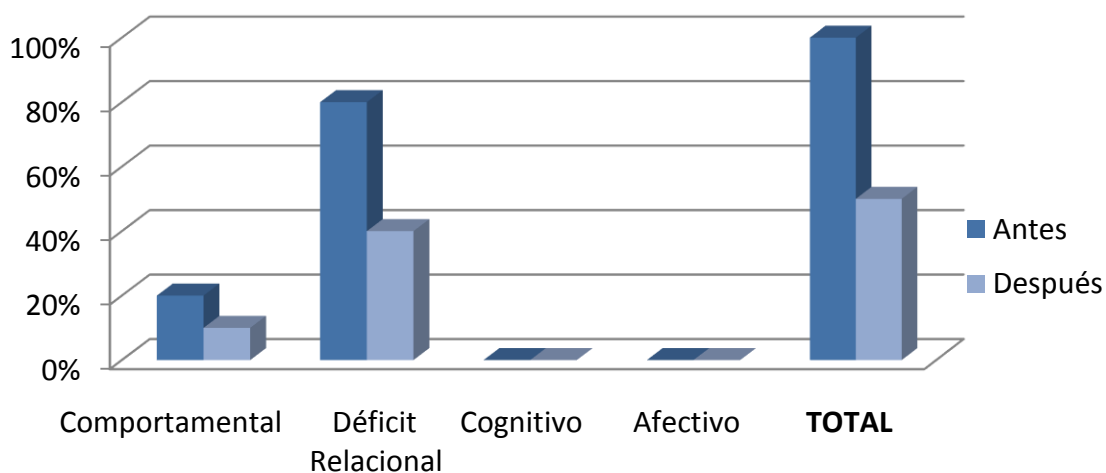


Figura 14: Niveles de depresión y ansiedad por predominio de personalidad en mujeres, antes y después del programa de intervención



De la fase correspondiente a la evaluación y diagnóstico psicológico necesarios para delinear las características del plan de intervención se puede destacar que, en cuanto al factor “adherencia terapéutica”, existió un avance progresivo conforme se desarrolló el programa.

Los pacientes con personalidades de tipo comportamental y cognitivo, demostraron tener cierta facilidad para incorporarse al plan y participar en la recolección de datos a través de las herramientas de diagnóstico. También se pudo observar una mayor predisposición por parte de los pacientes varones con rasgos comportamental, quienes demostraron un mayor compromiso, voluntad y grado de participación comparándolos con los pacientes que denotaron rasgos de déficit relacional.

La actividad fue un tanto más compleja con los pacientes de personalidad tipo emocional, así como con aquellos que presentaron déficit relacional (dada la sensibilidad, poca asertividad, baja autoestima y temor al abandono).

Además se pudo determinar que los pacientes a los que se le diagnosticó rasgos de personalidad de tipo comportamental y dependiente, y que mostraron cuadros de depresión y ansiedad, fueron los pacientes que demostraron sufrir malestar subjetivo

en un grado mayor de intensidad, debido a una considerable experimentación de distorsiones cognitivas, razón por la cual el plan se adaptó, en sus fases posteriores, para tratar también estas necesidades complejas. Se observó que en los tipos de personalidad cognitiva y comportamental, el grado de depresión y ansiedad está relacionado con la existencia de creencias y pensamientos que pueden ser descritos como de naturaleza inflexible, razón por la que se procedió a diseñar actividades que aborden esta problemática específica. En el caso de personalidades de tipo déficit relacional se determinó, así mismo, que el sufrimiento de estos pacientes está íntimamente relacionado con aspectos de la esfera emocional.

Durante la fase de la aplicación misma del Plan de Intervención Psicoterapéutica, se pudo evidenciar que los pacientes con rasgos de tipo comportamental y cognitivo demostraron una mayor voluntad y participación durante la etapa del programa que involucró técnicas cognitivo-conductuales, lo cual facilitó la labor de intervención y la evidencia de resultados.

Se debe resaltar que la efectividad de la aplicación del Programa de Intervención planteado se midió considerando que el principal beneficio para los pacientes que fueron parte del mismo. Se vio reflejado en la disminución de los índices de ansiedad y depresión que presentaron antes de formar parte del tratamiento, lo cual significa indiscutiblemente que experimentaron una mejoría en su calidad de vida, en varios aspectos, tal como lo indican las Figuras 5, 6, 7 y 8.

Específicamente en el caso de aquellos pacientes a los que se les diagnosticó un predominio de personalidad comportamental y un déficit relacional, se pudo evidenciar una considerable mejoría al analizar los porcentajes obtenidos con las pruebas diagnósticas aplicadas, antes y después del tratamiento.

Un dato que corrobora la influencia positiva del programa hace referencia a que la ansiedad en los hombres del grupo con un déficit relacional bajó de una incidencia del 70 % al 40 %, y su depresión bajó de un 60 % a un 20 % de incidencia. Las mujeres con este déficit mostraron una mejoría de la incidencia de depresión en el grupo.

En cuanto a las apreciaciones personales y grupales que se pudo recoger de los pacientes sobre la aplicación del programa de intervención, la totalidad de ellos manifestó haber cumplido las actividades del plan con seriedad y responsabilidad, lo cual fue evidente debido a que existió una frecuencia regular en la asistencia de los integrantes del grupo y se pudo también observar muestras de motivación continua mientras trabajaron dentro del programa. Así mismo, los pacientes consideraron que el programa les ayudó con la meta de disminuir la sintomatología propia de su padecimiento. En cuanto a la relación paciente-terapeuta, esta puede ser descrita como respetuosa, empática, y de confianza, lo cual fue importante para que se generen resultados positivos.

Conclusiones

En la fase de Evaluación y Diagnóstico que se aborda en el primer capítulo del presente programa se comprobó que la utilización complementaria de test psicológicos y de técnicas como la observación y la entrevista, resulta eficaz para realizar un diagnóstico diferencial de los pacientes.

Fue así que se llegó a diagnosticar la presencia, en el grupo de estudio, de varios niveles de depresión y ansiedad, a más de evidenciarse que los pacientes progresivamente desarrollaron temor e inseguridad debido a que se vieron limitadas sus posibilidades de actividad en esferas como la laboral, familiar, social y personal. Debido a este escenario, los pacientes optaron por dos opciones: la dependencia de un familiar o el aislamiento social. Todas estas variables obtenidas, gracias a la metodología de diagnóstico aplicada que combinó la utilización de la observación directa del terapeuta y la aplicación de las herramientas de diagnóstico, fueron de ayuda para determinar el enfoque psicológico a abordar en el Plan de Intervención para, así, trabajar acorde a las necesidades específicas de los pacientes y subsanar significativamente sus dolencias emocionales.

Así mismo, se pudo determinar que hubo una concordancia con los resultados obtenidos en otros estudios llevados a cabo sobre la problemática analizada: por un lado se corroboró que los pacientes con IRC manifiestan un mejor grado de adherencia a su tratamiento si cuentan con el soporte psicológico que brindan las relaciones interpersonales funcionales. Se confirmó también que la ansiedad que experimentan, guarda relación con factores estresores psicosociales y fisiológicos que surgen de misma condición o enfermedad. La depresión, por otro lado, se relaciona con la afeción que sufren los pacientes en esferas como la laboral, afectiva, física, etc.

El acompañamiento terapéutico basado en el enfoque cognitivo-conductual mostró ser, en el presente estudio y en los estudios que se tomaron como referencia, de gran ayuda para lograr una adaptación a las condiciones derivadas de su enfermedad y, por lo tanto, a la necesidad de recibir tratamiento para la IRC y mantenerlo. Con el enfoque interventivo aplicado se logró, efectivamente, un mejoramiento de los índices de

ansiedad y depresión que se presentaron, tanto en los hombres cuanto en las mujeres del grupo de estudio. En el caso de los hombres, el nivel de depresión y ansiedad logró reducirse a un 30 %; y en el caso de las mujeres se redujo a un 50 %.

Subsecuentemente, en base a la experiencia con la aplicación del Programa de Intervención desde el enfoque que provee el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad, se llegó a la conclusión que un plan de esta naturaleza, aplicado bajo condiciones adecuadas, resulta ser de gran ayuda para tratar los casos de pacientes con enfermedades catastróficas como lo es la Insuficiencia Renal Crónica. Las condiciones que se experimenta como consecuencia del paso de un estado de salud pleno al del padecimiento de una enfermedad crónica, están ligadas al hecho de lidiar con una serie de cambios de diversa índole y, en consecuencia, influirá muy significativamente la capacidad de adaptación que tenga el paciente al cambio de circunstancias. Se concluye, así, que es necesario abordar las afecciones causadas por enfermedades catastróficas como la Insuficiencia Renal Crónica, desde una perspectiva multidimensional que abarque cuerpo y mente para tratar enfermedades psíquicas, orgánicas, psicosomáticas o somáticas, procurando, así, delinear una estrategia de intervención psicológica que comprenda al ser humano de una manera integral. Se puede, entonces, interpretar a este programa de intervención psicológica, con su particular enfoque y técnicas empleadas, como un tratamiento efectivo, ya que alcanzó la meta de disminuir los síntomas depresivos y ansiosos en los pacientes diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica.

Recomendaciones

En cuanto a la etapa previa al tratamiento, que corresponde a la fase de diagnóstico y evaluación de los casos que presentan los pacientes que sufren de una enfermedad crónica, se juzga pertinente considerar la importancia de llevar a cabo el abordaje contando con el soporte de conocimientos que solo puede brindar un equipo interdisciplinario para potenciar la efectividad de los tratamientos en el área médica que, en consecuencia, mejorará la calidad de vida del paciente. Resulta importante, así mismo, recalcar la necesidad de llevar a cabo una labor preventiva psicológica que sea beneficiosa desde el inicio del proceso patológico, en cuanto esta labor puede ayudar a disminuir los factores que pueden favorecer el apareamiento de recidivas o nuevas alteraciones.

En lo referente a la aplicación misma del Programa de Intervención, gracias a la experiencia recogida se puede recomendar enfáticamente el trabajo estratégico con grupos reducidos que estén conformados por un máximo de 8 personas, especialmente en el caso de las charlas psico-educativas realizadas en grupo, debido a que esta forma de organización permitirá al psicoterapeuta monitorear la actividad desempeñada por los miembros del grupo de una manera personalizada y efectiva. Además, se sugiere planificar solamente el número estrictamente necesario de sesiones en programas dirigidos a pacientes que padecen enfermedades degenerativas como la Insuficiencia Renal debido a que, por el mismo estado de salud de los pacientes, los planes de intervención demasiado extensos podrían resultar poco efectivos.

Referencias bibliográficas

- Alcántara Moreno, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 93-107.
- Amador Fierros, G. (2001). Género y depresión. *Géneros : Revista de Analisis y Divulgacion sobre los Estudios de Genero, IX*, 51-55.
- Arias, P., Artz, E. & Bonet, J. (1998). *Estrés y Proceso de Enfermedad*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Biblos.
- Asociación Latinoamericana de Psicoterapias Integrativas. (2015). *ALAPSI Web*. Disponible en: <http://www.alapsiweb.org/quienes.php>
- Balarezo Chiriboga, L. A. (2003). *Psicoterapia*. Quito: Centro de Publicaciones PUCE.
- Balarezo Chiriboga, L. A. (2007). Perfil del psicoterapeuta desde el modelo integrativo ecuatoriano. *Revista de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador* (80), 73-97.
- Balarezo, L. (2010). *Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad*. Quito, Ecuador: UNIGRAF.
- Balint, E. & Norell, J. (1979). *Seis minutos para el paciente*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Caplan, O. (1985). *Principios de Psiquiatría Preventiva*. Barcelona, España: Paidós.
- Centro de Asistencia, Docencia e Investigación Psiconeurocognitiva. (2006). *Escala de Hamilton para la ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS)*. Disponible en: <http://www.aidyne16.tizaypc.com/contenidos/contenidos/4/ENPSFicha4-4.pdf>
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (2006). *Evaluación del test NEO-PI-R*. Disponible en: <https://www.cop.es/uploads/PDF/NEO-PI-R.pdf>

- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (2013). *Evaluación del Inventario BDI-II*. Madrid, España.
- Córdova Vega, A. (2012). *Propuesta de intervención psicoterapéutica para tratar la complejización del duelo según el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad*. Cuenca: Universidad del Azuay.
- Dobbs, B., Poletti, R. & Peya Gascons, M. (1981). *Vivir el hospital*. Barcelona, España: Rol.
- Dubourdieu, M. (2008). *Psicoterapia Integrativa PNIE. Integración cuerpo, mente, entorno*. Montevideo: Psicolibros.
- Dubourdieu, M. (2009). *Aportes de la Psicoimmunoendocrinología a la Psicoterapia: a propósito de las patologías por saturación*. Disponible en: <http://www.fupsi.org/images/margaritadubourdieu.pdf>
- Dubourdieu, M. (2011). *Psicoterapia Integrativa PNIE - Psiconeruroimmunoendocrinología*. Argentina: Osicolibros.
- Dubourdieu, M. (2011). *Psicoterapia Integrativa Psiconeruroimmunoendocrinológica-PNIE*. Argentina: Osicolibros.
- Durán, A., Valderrama, L., Uribe, A. F., González, A. & Molina, J. M. (2010). Enfermedad crónica en adultos mayores. *Universitas Médica*, 16-28.
- Erskine, R. G. & Moursund, J. P. (2014). *La psicoterapia integrativa en acción*. Bilbao: Desclée de Brouwer S.A.
- Fernández Álvarez, H., Kirszman, D. & Nieto, M. T. (1994). Psicoterapia Integrativa de base cognitivo-constructivista. En A. Sánchez Bodas, *Psicoterapias en Argentina*. Buenos Aires: Holos.
- Fernández Fresnedo, G. (2003). *Insuficiencia Renal*. Cantabria, España: Hospital Universitario Valdecilla.

- Gamarra, G. (2013). Epidemiología de la insuficiencia renal crónica. *Acta Médica Colombiana*,.
- Hanhemann, S. (2000). *Enfermedades Crónicas. Manual de tratamiento psicológico*. Paidós.
- Hotz, S., Kaptein, A., Pruitt, S., Sanchez-Sosa, J. J. & Willey, C. (2003). Behavioural mechanisms explaining adherence: What every health professional should know. En G. W. Organization, *Adherence to long term therapies: Evidence for action*. WHO.
- Instituto de Psicoterapia Integrativa. (2015). *¿Qué es la Psicoterapia Integrativa?* Disponible en <http://www.integrativetherapy.com/es/integrative-psychotherapy.php>
- León Briceño, R. (2000). Bienestar, salud pública y cambio social. En R. Briceño León, M. De Souza & C. Coimbra, *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales* (págs. 15-24). Río de Janeiro: Fiocuz.
- López Abuin, J., Duque Valencia, A., Olivares Martín, J. & Luna Morales, A. (2001). Guía Clínica de Insuficiencia Renal en Atención Primaria. *Nefrología*, 21 (5), 14-57.
- Loubat O. M. (2005). Supervisión en psicoterapia: una posición sustentada en la experiencia clínica. *Revista Terapia Psicológica*, XXIII (2), 75-84.
- Mariñelarena Dondena, L. (2008). Psicología positiva y modelos integrativos en psicoterapia. *Fundamentos en Humanidades*.
- Martín A., B. (1950). Apuntes de Patología Médica para Enfermeras. *Revista Médica Hondureña*, 91-93.
- Mera Santander, M. L. (2007). *Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis*. Centro Médico Dial-Sur. Osorno. Chile 2006. Valdivia: Universidad Austral de Chile .

- Ministerio de Salud de la Nación. (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre Prevención y Detección Precoz de la Enfermedad Renal Crónica en Adultos en el Primer Nivel de Atención*. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación.
- Montalvo Prieto, A., Cabrera Nanclares, B., & Quiñones Arrieta, S. (2012). Enfermedad crónica y sufrimiento: revisión de literatura. *Revista Aquichan*.
- Navarro Góngora, J. (1995). *Avances en terapia familiar sistémica*. Barcelona, España: Paidós.
- Páez, A. (2008). *Ansiedad y Depresión en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de diálisis*. San Luis, Argentina: Universidad Nacional de San Luis.
- Palacios, J. (1998). El estrés en la salud y en la enfermedad. Los perfiles de reactividad, contribuciones recientes en la investigación acerca de su naturaleza y para su tratamiento. En G. Rodríguez, *La Psicología de la Salud en América Latina*. México: UNAM.
- Purriños, M. (s.f.). *Escala de Hamilton - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)*. Recuperado el 10 de marzo de 2015, de Servicio de Epidemiología. Dirección Xeral de Saúde Pública. Servicio Galego de Saúde. Disponible en: <http://www.meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.pdf>
- Rodríguez Ramos, R. (2006). Psicología Integrativa. Un enfoque holístico. *Medicina Naturista*, 439-441.
- Rosado y Rosado, M. (2007). El enfoque integrativo en psicoterapia. *Psicología y Educación*, 1 (2)
- Simmons, R., Anderson, B. & Kamstra, B. (1984). Comparison of quality of life on continuous ambulatory peritoneal dialysis, haemodialysis and after transplantation. 253-255.
- Slaikeu, K. (1988). *Intervención en crisis. Manual para práctica e Investigación*. México: Manual Moderno.

Torres, T., Castañeda, J. & Chong, F. (2005). Tener una enfermedad crónica o ser un enfermo crónico: el caso de Diabetes Mellitus. *Revista Investigación en Salud*, 42-49.

Universidad Anáhuac México Sur. (2014). *Psicología Integrativa*. Disponible en: <http://ols.uas.mx/a/pdf-uams/Congreso-Academico/Breve-resumen-sobre-Psicologia-Integrativa.pdf>

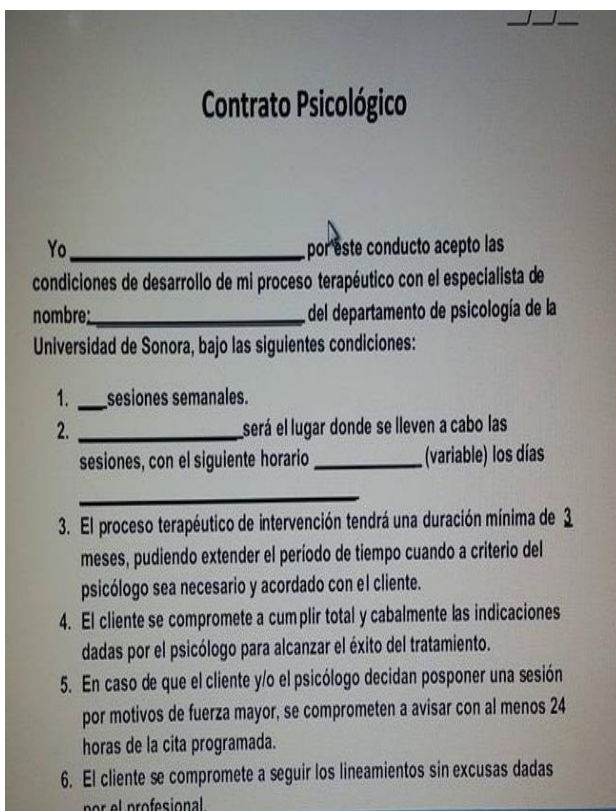
Villarejo Galende, A., Camacho Salas, R., García-Ramos, G., Blanco-Echevarría, L., Ceacalvo, M., García-Gil, A., . . . Muñoz-Delgado. (2003). *Manual de diagnóstico y terapéutica médica* (5ta. ed.). Madrid, España: Grupo MSD.

ANEXOS



Fotografía N°1: Paciente durante la primera sesión del Programa de Intervención y Asesoramiento Psicológico.

Fuente: Autora



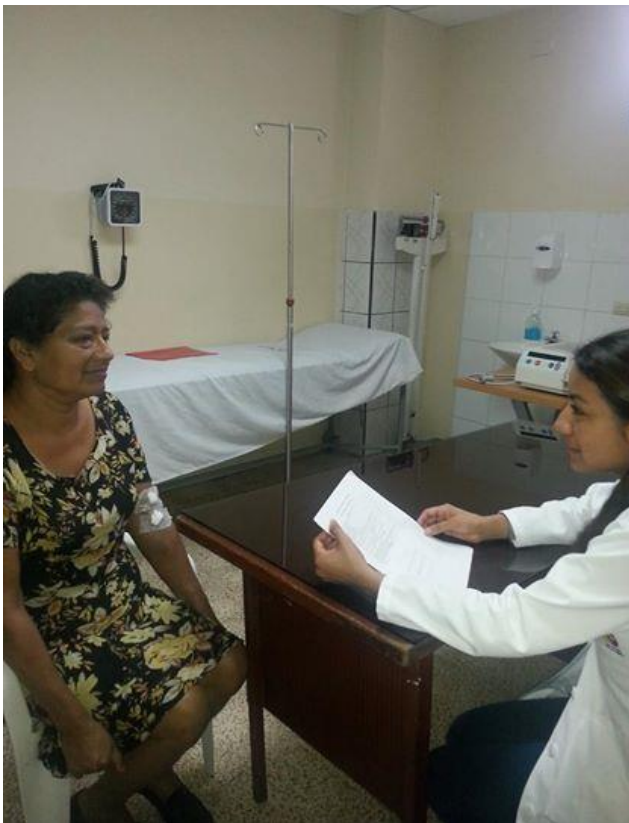
Fotografía N°2: Acuerdo entre paciente y terapeuta correspondiente a la primera sesión de trabajo.

Fuente: Autora



Fotografía N°3: Aplicación de los Reactivos Psicológicos a los pacientes, durante la segunda y tercera sesión.

Fuente: Autora



Fotografía N°4: Aplicación de los Reactivos Psicológicos a los pacientes, durante la segunda y tercera sesión.

Fuente: Autora

Programa de Intervención Psicoterapéutica en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad



Fotografía N°5: Charla de motivación e información sobre la enfermedad, causas, consecuencias, estilo de vida y manejo de afrontamiento.

Fuente: Autora



Fotografía N°6: Charla bajo abordaje psicoeducacional.

Fuente: Autora

Programa de Intervención Psicoterapéutica en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad



Fotografía N°7: Pacientes durante “biblioterapia” y sesión de asesoramiento para generar redes de apoyo familiar.

Fuente: Autora



Fotografía N°8: Aplicación del entrenamiento asertivo.

Fuente: Autora

Programa de Intervención Psicoterapéutica en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad



Fotografía N°9: Charla demostrativa sobre la influencia de los pensamientos sobre las emociones.

Fuente: Autora



Fotografía N°10: Sesión de síntesis del programa de intervención

Fuente: Autora

**Programa de Intervención Psicoterapéutica en Pacientes con Insuficiencia Renal
Crónica desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad**



Fotografía N°11: Agradecimiento por parte de un paciente en el cierre del programa.
Fuente: Autora

Programa de Intervención Psicoterapéutica en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad

Anexo 1: Guía de proceso terapéutico

GUÍA No. 1

FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA FIEPS No. I

Fecha: 28/08/2014

Elaborada por: Andrea González

DATOS INFORMATIVOS

Nombre NN			
Edad: 45	Estado Civil: Viuda	#de hijos 5	Religión Católica
Lugar y fecha de nacimiento: Pasaje, 24 de Febrero de 1970			
Residencia: Pasaje	Dirección: Pasaje 6ta oeste		Telf -----
Instrucción: Primaria		Ocupación: Ama de casa	
Informante: Paciente		Parentesco: Familia	

Tipo de consulta

Ambulatorio		Acogida	
Hospitalizado	X	Consulta Privada	
ORIGEN Otros ¿Cuál?			

DEMANDA

Paciente	X	Familiar (s)	
Profesional	X	Otros	

EXPLÍCITA

Paciente manifiesta sentirse triste, irritable, con sentimiento de inutilidad; no puede trabajar como lo hacía antes; tiene dificultad para conciliar el sueño, refiere: “siento que soy un fracaso por mi enfermedad”.

IMPLÍCITA

No se evidencia

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES

Comenta que su vida cambió a partir de que se enteró que padecía Insuficiencia Renal Crónica (I.R.C). Hace dos años atrás, su vida se volvió rutinaria y vacía; antes era una mujer activa trabajaba muy duro con gran dedicación; ahora, en la actualidad, se siente inútil dado que no puede realizar las actividades que solía hacer antes, pasa la mayor parte del tiempo en casa triste esta situación la angustia y le genera pensamientos negativos se levanta por las mañana llorando y en todo el día no siente deseo de hacer ninguna actividad. Se agita con gran facilidad volviéndose irritable, no soporta a sus nietos e hijos; esto le ha llevado a encerrarse en casa. El tratamiento lo sigue porque sus familiares la presionan aunque para ella ya no tiene sentido su vida. Manifiesta ser una carga para sus hijos y eso le pone mal ya que antes trabajaba, a pesar de que sus decisiones son tomadas por sus hijos. En la actualidad, su gran temor es a la soledad; por ello, ha retomado al tratamiento por pedido de su familia: “yo prefiero morirme antes de quedarme sola”

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL Y FAMILIAR (GENOGRAMA)

Paciente proviene de un hogar estructurado, de un nivel económico medio. Sus padres fallecieron de I.R.C. Refiere que su niñez fue muy apegada a sus padres. No le gustaba desobedecer sus órdenes, a tal punto que no solía salir con amigos por motivo de evitar discusiones con sus padres. Su círculo social siempre fue reducido; en sus relaciones con sus enamorados se aferraba con gran facilidad a ellos y cuando estas relaciones terminaban solía deprimirse, al punto de que buscaba con rapidez una nueva compañía, para no sentirse sola. A la edad de 22 años se casó y procreó cinco hijos. Mantuvo buenas relaciones afectivas con ellos, a pesar de que le desobedecían. La paciente prefiere no discutir para que sus hijos no se vayan de su lado. Su esposo falleció a los 48 años. Comenta que sufrió por años su pérdida, sintiéndose desprotegida sin contar con su apoyo mantenía frecuente temor al afrontar situaciones familiares. Refiere que se considera una persona débil, temerosa, insegura, a tal punto que prefiere estar de acuerdo en todo con las personas de su alrededor para evitar discusiones.

A la edad de cincuenta años le detectaron I.R.C manifestando que “toda su vida no valió la pena vivirla” pensando que Dios la está castigando, por motivo de que a la edad de 19 años se realizó un aborto y, por esta razón, en la actualidad está siendo castigada. Considera que posee esta enfermedad por aquel aborto y ver como sus hijos deben de mantenerla sintiéndose inútil y una carga para ellos.

RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

- Inventario de Depresión de Beck (Depresión moderada)
- Escala de Depresión de Hamilton (Depresión moderada)
- Escala de Ansiedad de Hamilton (Ansiedad moderada)
- Cuestionario de Personalidad NEO (Rasgos neuróticos)
- Cuestionario de Personalidad SEAPSI (Rasgos de personalidad dependiente)
- Escala de Afrontamiento ante el Dolor Crónico (Dificultad para el afrontamiento)

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL PROBLEMA O TRASTORNO

La paciente presenta conflictos interpersonales debido a su estado de ánimo depresivo y también porque cuenta con apoyo familiar, se siente sola, abandonada, ha disminuido el interés por las actividades que realizaba antes, no sale de casa, piensa que la vida no merece la pena ser vivida, se siente como una persona vieja de aspecto desagradable y enferma.

Presenta un trastorno de adaptación debido a su enfermedad (Insuficiencia Renal Crónica) por la tristeza y angustia que se asocian a este malestar.

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD

Paciente presenta características de personalidad con predominio de déficit en la relación, de tipo dependiente. Durante su desarrollo se ha caracterizado por ser introvertida, tímida, con la expectativa de que los demás le resuelvan los problemas. La sobreprotección de sus padres redujo de manera significativa su capacidad de afrontamiento. Prefiere relegar sus deseos para que los demás no sufran.

Las características de personalidad hacen que tema quedarse sola, sin el apoyo de sus seres más queridos; se la aprecia vulnerable, al autodesprecio y debilitada ante las amenazas del entorno.

Posee un locus de control interno; a pesar de su estado emocional se la nota motivada al proceso de intervención.

CRITERIOS PRONÓSTICOS

Su pronóstico es favorable a pesar de su enfermedad y estilo de personalidad. Mantiene cierta motivación al cambio que con un tratamiento adecuado disminuirá su sintomatología.

RECOMENDACIONES

Se le recomienda a la paciente acogerse al programa de asesoramiento y psicoeducación, para una mejor adaptación al entorno y para que adopte un estilo de vida más asertivo.

FICHA DE PAREJA Y FAMILIAR

CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD
Esposa Paciente con características de temor al abandono, sufrimiento excesivo por pérdidas afectivas; conducta dependiente y sumisa, sentimientos de malestar o abandono al encontrarse sola, miedo exagerado en su autocuidado.
Esposo
INTERACCIÓN FAMILIAR
Relación del paciente con la madre Era muy apegada a su madre; buena relación y comunicación, ya que no era una niña desobediente.
Relación del paciente con el padre Mantén buenas relaciones afectivas y de comunicación con su padre antes de su fallecimiento.
Relación del paciente con los hermanos A pesar de que económicamente no le apoyan, refiere que siempre ha sido apegada a sus hermanos aunque la relación es conflictiva.
Relación conyugal Antes del fallecimiento de su esposo, la relación era buena porque se consideraba como una mujer que acataba las órdenes de las personas.
Relación con los hijos Se considera una persona muy apegada a sus hijos, ya que ellos deciden por ella. Por ellos decidió realizarse el tratamiento de diálisis.
Observaciones Ninguna

GUÍA No. 2

ANÁLISIS DE DEMANDA, EXPECTATIVAS Y MOTIVACIONES PREVIAS AL INICIO DEL PROCESO

ORIGEN	
Paciente	X
Familiar	X
Profesional	
Otros	
DEMANDA	
Explícita (manifiesta)	X
Implícita (latente)	
TIPO DE DEMANDA	
Asesoramiento	X
Psicoterapia	

**Programa de Intervención Psicoterapéutica en Pacientes con Insuficiencia Renal
Crónica desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad**

PACIENTE	1	2	3	4	5
Búsqueda de ayuda o supresión de síntomas					X
Complacencia a familiares y allegados			X		
Remisión de otros profesionales			X		
Exigencia de estatus	X				
Curiosidad	X				
Otras					

TERAPEUTA	1	2	3	4	5
Vocación de ayuda					X
Adquisición de experiencia					X
Fenómenos contra-transferenciales	X				
Factores económicos	X				
Obligación institucional	X				

Programa de Intervención Psicoterapéutica en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad

Realización de la tesis					X
-------------------------	--	--	--	--	---

GUÍA TIPOS DE	FAMILIARES, AMIGOS E INSTITUCIONES					
	1	2	3	4	5	
Afán de ayuda de familiares					X	No. 3
Sentimientos de ayuda de amigos	X					
Experiencias previas de familiares	X					
Exigencias familiares	X					
Engaño de familiares	X					
Exigencias institucionales	X					
Intereses institucionales	X				X	
Grupo de Investigación						
Otros	X					

PRIMERA ENTREVISTA

Entrevista de psicodiagnóstico	
--------------------------------	--

Programa de Intervención Psicoterapéutica en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad

Entrevista de consulta	
Entrevista única	
Inicio de proceso de asesoramiento	X

INTERROGANTES AL FINALIZAR LA PRIMERA ENTREVISTA

	SÍ	NO	¿POR QUÈ?
¿Logré que el paciente hable con libertad sobre su problema?	X		En la primera entrevista resultó difícil para que la paciente exprese lo que en verdad sentía. Poco a poco fue expresando sus verdaderos conflictos.
¿Tengo claridad en la concepción del problema y las posibilidades de tratamiento?	X		Con toda la información recabada de la FIEPS se llegó a conclusiones claras de su problema y sus síntomas depresivos.
¿He llegado a conclusiones diagnósticas de personalidad apropiadas?	X		Sí se logró a evidenciar rasgos de personalidad de la paciente.

Programa de Intervención Psicoterapéutica en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad

¿He identificado las facilidades y dificultades en el tratamiento?	X		Es una persona positiva al momento de dialogar; una de sus dificultades su edad avanzada manteniendo pensamientos distorsionados el cual sesión por sesión se irá trabajando poco a poco.
¿Percibí su problema desde su propio punto de vista?	X		Se pudo establecer una buena alianza entre paciente y profesional entablando rapport, confianza y seguridad
¿Se sintió comprendido en su problema?	X		Con la atención y escucha activa se llegó a reconocer los aspectos más importantes que le causan sufrimiento.
¿Se produjo desinhibición emocional?	X		Paciente empezó con episodios de llanto después se tranquilizó durante la primera.
¿Terminó convencido sobre las posibilidades y objetivos de la asesoría?	X		Manifestó que iba a tomar la asesoría para mejorar su estado anímico ya que le proporcionaría una estabilidad emocional llegando a objetivos precisos.
¿Tiene confianza el paciente en mí como terapeuta y en el asesoramiento como forma de tratamiento?	X		Desde el primer momento tuvo confianza ya que no puso ningún tipo de resistencia al tratamiento.

¿Se identificaron componentes de resistencia?		X	En la primera sesión la paciente se sentía un poco temerosa, pero se rompieron las esa resistencia rápidamente.
¿Se identificaron componentes de transferencia?		X	
¿Se identificaron componentes de contratransferencia?		X	No hubo eventos de contratransferencia.

GUÍA No.4

**SÍNTESIS VALORATIVA Y DIAGNÓSTICA DE COMPONENTES BIOLÓGICOS,
PSICOLÓGICOS Y SOCIALES**

DIAGNÓSTICO FORMAL
TRASTORNO

Factores biológicos influyentes en el problema	Padres diabéticos
Factores sociales y familiares influyentes en el problema	Escaso círculo social. Padres fallecidos quedando sola con sus dos hermanas. Fallecimiento del esposo aún no superada. Su enfermedad hace que influya más en su estado depresivo y ansioso.
Atribución psicológica del trastorno- Locus	Locus de control externo

DIAGNÓSTICO INFORMAL	
PERSONALIDAD	
Características de personalidad del paciente	Temor al abandono, sufrimiento excesivo en pérdidas afectivas, conducta dependiente y sumisa, tendencia a fomentar o permitir que otras asuman responsabilidades importantes en su propia vida. Sentimientos de malestar o abandono al encontrarse sola debido a miedos exagerados.
Estilos cognitivos según la personalidad	Dentro de las distorsiones cognitivas se encuentran la abstracción selectiva enfocándose en ciertos aspectos usualmente negativos y perturbadores de un evento como fue su divorcio y su enfermedad. Visión

Programa de Intervención Psicoterapéutica en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad

	catastrófica de sí misma y del entorno, visión negativa del futuro.
Rasgos potenciadores y limitantes	Cierto positivismo en relación a superar la pérdida; como limitantes se enfatiza la enfermedad que padece lo que le impide sanarse internamente.

DECISIONES SOBRE EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

Paciente susceptible de	1	2	3	4	5
tratamiento de asesoramiento				X	
Requiere tratamiento mixto (psicoterapia, biológico, social) Especifique: Asesoramiento y consejería psicológica	Sí ()			No ()	
Requiere intervención	Individual			X	
	De pareja				
	Familiar			X	
	Grupal			X	

	Grupo de investigación	
¿Qué dificultades se van a presentar en el proceso?		

GUÍA No. 5

PLANIFICACIÓN DEL PROCESO

1. Formulación Dinámica del Problema

Paciente presenta conflictos interpersonales por motivo su enfermedad médica Insuficiencia Renal Crónica (I.R.C). Esto le ha llevado a estar triste, a deprimirse constantemente, con dificultad para conciliar el sueño, ha disminuido el interés por las actividades que realizaba antes, presentando agitación y fuertes palpitaciones en el pecho. No sale de casa, piensa que la vida no merece la pena ser vivida. Se siente como una persona vieja de aspecto desagradable y enfermo. A pesar de que sus hijos la apoyan, refiere que la van abandonar porque se siente inútil, que no sirve para nada.

Se evidencia que transita por un trastorno de adaptación debido a su enfermedad crónica, dado que manifiesta humor depresivo, ansiedad, preocupación, sentimientos de incapacidad para afrontar los problemas, para planificar su futuro o poder continuar en la situación presente y un cierto grado de incapacidad para llevar a cabo sus actividades cotidianas.

Posee antecedentes de enfermedades renales e infartos; además cuando se enteró de que padecía de I.R.C su mundo se vino abajo, no soporta la noticia de vivir con una enfermedad crónica en su vejez. Existe una mala adherencia al tratamiento, se reusa a seguir con sus diálisis, ya que le producen gran tristeza, situación que agrava su cuadro clínico.

2. Formulación Dinámica de la Personalidad

Paciente presenta características de personalidad con predominio de déficit en la relación, de tipo dependiente. Durante su desarrollo se ha denotado introvertida, tímida, con la expectativa de que los demás le resuelvan los problemas. La sobreprotección que le redujo de manera significativa su capacidad de afrontamiento; prefiere relegar sus deseos para que los demás no sufran.

Paciente presenta rasgos de personalidad con predominio de déficit en la relación de tipo dependiente por las siguientes características: durante su desarrollo ha sido introvertida, tímida, con la expectativa de que los demás le resuelvan los conflictos, le incomoda la soledad, temor al abandono.

Estas características pueden estar vinculadas a la excesiva protección por parte de la figura paterna. Se la aprecia vulnerable, debilitada ante las amenazas del entorno.

Dentro de sus distorsiones cognitivas se aprecia la abstracción selectiva enfocándose en ciertos aspectos usualmente negativos y perturbadores (pérdida de sus padres y de su pareja, lidiar con su enfermedad) la visión catastrófica de sí mismo, del mundo y del futuro. Mantiene integridad de la personalidad con un locus de control externo.

3. Señalamiento de Objetivos

3.1 Con relación a la problemática:

Fomentar la resolución de problemas y conflictos asociados a la adherencia al tratamiento, a través de técnicas específicas de varios enfoques psicoterapéuticos.

3.2 Con relación a la sintomatología:

Disminuir síntomas de ansiedad presentes.

Disminuir síntomas de depresión presentes.

3.3 Con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios:

Promover el insight.

Optimizar rasgos de personalidad.

Re-elaborar cognitivamente experiencias pasadas.

4. Señalamiento de Técnicas

4.1 Con relación a la problemática:

Programa de asesoramiento y consejería para la resolución de problemas en conflictos intrapersonales e intrafamiliares, según su historicidad, cronicidad, afrontamiento y deterioro personal.

4.2 Con relación a la sintomatología:

Procedimientos de corte cognitivo conductual

4.3 Con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios:

Reelaboración de experiencias pasadas.

Optimizar rasgos de personalidad.

GUÍA No. 6

EVOLUCIÓN

EJECUCIÓN Y APLICACIÓN TÉCNICA

Programa de Intervención Psicoterapéutica en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad

Fecha	Evolución	Actividad
02/06/2014	Se aprecia un paciente con facies que denotan tristeza y malestar subjetivo. Tendencia al llanto fácil.	Se recolecta información de la FIEPs, la necesaria para elaborar la planificación. Además, se aplica reactivos psicológicos para medir la depresión y ansiedad como el test de Hamilton y Beck; para evaluar la personalidad se aplicó el cuestionario de la SEAPsi.
10/06/2014	<p>La paciente se muestra tranquila, su actitud demuestra mayor energía. Refiere que la tarea le había resultado difícil ya que pocas veces ha sido positiva en su vida, por motivo del fallecimiento de sus seres más queridos.</p> <p>Apreciación del paciente</p> <p>1.....10</p>	Se trabaja con los resultados de los test. Se analiza los aspectos identificados junto con el paciente, luego se realiza la toma del cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico conjuntamente con el cuestionario de personalidad NEO se hace un diagnóstico diferencial. Las pérdidas le generan gran angustia y ansiedad. Su llanto se torna incontrolable.

Programa de Intervención Psicoterapéutica en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad

<p>17/06/2014</p>	<p>Se aprecia en la paciente un aspecto descuidado, está temerosa llena de angustia. Le producía ansiedad hablar de sus sentimientos, a pesar de ello hay colaboración.</p> <p>Apreciación del paciente</p> <p>1.....10</p>	<p>Hace referencia a la sobreprotección de sus padres y su esposo. En la actualidad no se siente protegida, sintiéndose inútil, vacía. Mantiene constantes miedos a ser abandonada por sus hijos, ya que por ellos retomó el tratamiento médico para no permanecer sola. Se envía TIS en la que se solicitó que identifique sus rasgos de personalidad, además que trabaje sobre su concepto de autoestima.</p>
<p>24/07/2014</p>	<p>Paciente presenta un aspecto personal limpio, pero manifiesta gran angustia.</p>	<p>En esta sesión se realizó de forma grupal una psicoeducación enfocada a los cambios físicos, psicológicos y sociales que produce esta enfermedad y, así mismo, la forma de afrontamiento y adaptarse.</p> <p>Así mismo se realizó psicoeducación para la ansiedad dando a conocer qué es la ansiedad, para que identifique en cuáles situaciones se presentan para fomentar su identificación y control.</p>

Programa de Intervención Psicoterapéutica en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad

<p>01/07/2014</p>	<p>Paciente se muestra tranquila, su actitud denota mayor energía. Refiere que no le resultó fácil identificar las situaciones que le generan ansiedad pero que lo seguirá practicando en casa.</p> <p>Apreciación del paciente</p> <p>1.....10</p>	<p>Se continúa con la psicoeducación enfocada en los síntomas ansiosos y técnicas de control.</p> <p>Se trabaja con las técnicas cognitivas en donde se les realiza de manera explicativa de qué se trata esta técnica realizando un registro diario de pensamientos automáticos en relación a su estado de ánimo o conducta problema con el objetivo de ir identificando la causa de su malestar subjetivo.</p>
<p>08/07/2014</p>	<p>Paciente se la observa emotiva en esta sesión.</p>	<p>Se trabajó con la técnica biblioterapia; en donde se analizaron aspectos como: el entenderse y conocerse mejor como persona; aprendizaje de estrategias para afrontar sus problemas y así disminuir frustraciones y conflictos. Se trabajó en independencia personal, toma de decisiones, ideas irracionales de muerte, etc.</p>

15/07/2014	<p>Paciente acude conjuntamente con sus hijos, ya que no mantienen buena relación.</p> <p>Apreciación del paciente</p> <p>1.....10</p>	<p>Paciente comienza a desinhibirse manifestando que sus hijos la hacen sentir como que no valiera nada e inútil siendo muy permisiva con ellos. Se trabajó en comunicación asertiva conjuntamente, ya que sus hijos refieren que desde que enfermó su carácter ha denotado cambios; se reforzó, igualmente, con la psicoeducación para que concientice la situación que padece la paciente.</p> <p>Se trabajó con la técnica resolución de problemas en donde se define el problema específico, el paciente realiza diversas soluciones posibles examinando los pro y los contras de cada solución propuesta. Con el fin de que independice y tome sus propias decisiones de forma adecuada.</p>
------------	--	---

Programa de Intervención Psicoterapéutica en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad

22/07/2014	Paciente se la observa una actitud más positiva. Comenta que en las sesiones terapéuticas se siente escuchada.	Retroalimentación sobre los aspectos positivos que se ha conseguido hasta el momento. Refiere que ha podido identificar aspectos de su vida que no la dejan ser feliz a pesar de su enfermedad. Desea que su familia este unida a ella.
29/08/2014	Paciente se nota triste, ya que aún persisten sentimientos que le ocasionan malestar subjetivo, como que su enfermedad es un castigo por el aborto que se practicó años atrás.	Se trabajó con la terapia cognitivo conductual, aspectos como su visión de sí misma, sus esquemas subjetivos elaborados de acuerdo a sus experiencias y vivencias personales. Esto le ayudó a aprender a gestionar sus emociones y modificar aquello que le está causando problemas con el objetivo de mejorar su salud y bienestar.
05/08/2014	Paciente refiere que su ansiedad ha disminuido, por lo que agradeció siendo colaboradora.	Se volvió a trabajar en la detección de sus pensamientos irracionales como por ejemplo: “prefiero morirme antes de quedarme sola” o “prefiero morirme ya no soporto estar enferma”, etc. Y, por otro lado, conocer cuáles son los pensamientos que le generaban bienestar y tranquilidad.

Programa de Intervención Psicoterapéutica en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad

12/08/2014	Paciente se siente estable emocionalmente se pudo disminuir su tristeza y ansiedad.	Se realizó un seguimiento dando a conocer cada paso positivo que se ha conseguido por su propio esfuerzo. Reconoció sus virtudes y defectos y, lo más importante, como ha mejorado su autoestima y estilo de vida de esa forma se cerró la sesión. Se realizó una retroalimentación de todo el proceso realizado, previniendo
19/08/2014	Paciente se la observa estable con una apariencia de optimismo.	síntomas negativos que hace que deje de funcionar adecuadamente en las diferentes esferas de su vida. Se socializó los resultados positivos obtenidos hasta esta sesión en donde refirieron encontrarse satisfechos por la gran labor que se realizó con ellos.

GUÍA No. 9

EVALUACION FINAL DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

PROCESO			
Asesoramiento	X	Psicoterapia	
OBJETIVOS ESTABLECIDOS			

Programa de Intervención Psicoterapéutica en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad

Asesoramiento	X	Sintomáticos	X	De personalidad	
CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS					
Nivel de satisfacción (escala subjetiva de 1 a 10)					
Paciente	9	Observaciones			
Familiares	9	Observaciones			
Terapeuta	9	Observaciones			

TÉCNICAS EMPLEADAS Y GRADO DE EFICACIA (1-5)		
Asesoramiento	Psicoeducación, resolución de conflictos.	
	Consejería y apoyo emocional.	
Sintomáticas	Disminución del estado depresivo	
	Disminución del estado ansioso	
De personalidad	Terapia cognitiva conductual	

Programa de Intervención Psicoterapéutica en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad

	Análisis de significados, reelaboración de experiencias pasadas que le causan gran dolor.	
--	---	--

Excelente = 5 Muy bueno= 4 Bueno= 3 Regular= 2 Insuficiente = 1

INTERROGANTES AL FINALIZAR EL PROCESO

		SÍ	NO	¿POR QUÉ?
Finalización del proceso		X		Disminuyó importantemente la sintomatología, a pesar de que por su estado depresivo se tomó mayor tiempo en las sesiones dando apoyo emocional para que se estabilice y poder trabajar otros aspectos que le generan malestar.
Cumplimiento de expectativas	Paciente	X		Paciente encontró estado de bienestar al finalizar las sesiones.
	Familiares	X		A pesar de que no sabían el proceso fuerte que atraviesa su madre llegaron a comprender cuán importante es el apoyo familiar dentro del tratamiento.
	Instituciones			

Programa de Intervención Psicoterapéutica en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad

	Otros			
	Terapeuta	X		Se cumplió gran parte de los objetivos
Tratamiento mixto				
Derivación del paciente a otro profesional				
Deserción del paciente				

Anexo 2: Guía del Proceso Psicoterapéutico

GUÍA No. 1

FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA FIEPS

No. II

Fecha: 06/06/2014

Elaborada por: Andrea González

DATOS INFORMATIVOS

Nombre NN			
Edad: 40 años	Estado Civil: divorciada	# de hijos: Ninguno	Religión: Católica
Lugar y fecha de nacimiento: Machala, 21 de marzo de 1975			
Residencia: Machala	Dirección 10 de Agosto y Novena Sur		Telf. -----
Instrucción: Bachiller		Ocupación: comerciante	
Informante: Paciente		Parentesco: Familiar	

Tipo de consulta

Ambulatorio		Acogida	
Hospitalizado	X	Consulta Privada	

Otros ¿Cuál?	
--------------	--

DEMANDA

ORIGEN			
Paciente	X	Familiar (s)	X
Profesional		Otros	

EXPLÍCITA

Paciente refiere sentirse triste frecuentemente, porque no desea estar enferma. Señala que esto le ha causado un problema en su vida, ya que no puede estar bien. Se siente débil, inútil; se irrita con gran facilidad sintiéndose desesperada por su situación. Prefiere llorar todo el día en casa.

IMPLÍCITA

No se evidencia

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES

Paciente que hace dos años sufre de Insuficiencia Renal Crónica. Refiere que todo empezó cuando se enteró que padecía esta enfermedad. Día a día se sentía no solo muy cansada físicamente si no también con su estado emocional. No contaba con el apoyo de su esposo, la discriminaba porque siempre andaba enferma le decía que “no sirves para nada”. Hace un año se divorció de él porque se dio cuenta de que mantenía una relación a escondidas; este evento le provocó sentimientos de tristeza, y por ello intentó por dos ocasiones suicidarse con arma blanca (cuchillo). Sus familiares se la llevaron a

vivir con ellos, para cuidarla y controlar que reciba su tratamiento de diálisis. A pesar de contar con el apoyo de ellos mantiene pensamientos de muerte. No quiere seguir realizándose las diálisis; por otra parte, ha dejado de compartir con su familia, se encierra en su cuarto, no deja que nadie la visite porque piensa que la gente le tiene pena. Refiere que ha perdido todo su hogar, su trabajo, siente sintiendo vergüenza de sí. Su estado de ánimo es variable, se siente más cansada de lo habitual con gran agitación faltándole la respiración. Ha llegado al punto de mostrar desinterés por las cosas que realizaba antes, duerme más que de costumbre y su alimentación ha disminuido.

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL Y FAMILIAR (GENOGRAMA)

Paciente proviene de un hogar disfuncional de padres fallecidos por causa de la diabetes. Mantenían buena relación. Era una hija obediente, disciplinada. Su niñez se caracterizaba por ser una niña tímida, introvertida, de pocos amigos. En varias oportunidades ha perdido oportunidades de estudio “beca” por el simple hecho de no dejar a sus padres y encontrarse sola provocándole sufrimiento. Cuando ella tenía veinte años fallecieron sus padres quedándose sola con sus dos hermanas. No pudo cuidarse por sí sola. Contrajo matrimonio a los pocos días con su pareja por motivo de que se sentía desprotegida; la soledad nunca le gustó. En los primeros años la relación con su esposo fue buena, después de cinco años, tuvo innumerables rupturas. Cada vez que él la buscaba, ella no dudaba en retornar a su lado, por no perderlo; hacía lo que él le pedía con tal de permanecer a su lado, sin embargo, sabía que esa relación no era funcional, hasta el momento que le diagnosticaron Insuficiencia Renal Crónica solían discutir con más frecuencia. Se sentía culpable de todo lo que le pasaba en su hogar y sufría cambios en su estado de ánimo. La tristeza, preocupación afectaron la esfera sexual. Su esposo le exigía tener relaciones sexuales en donde le decía que “no valía para nada”. Situación que se fue volviendo más conflictiva hasta que él decidió separarse. En ese momento, la paciente mantuvo pensamientos suicidas, en esos momentos su familia fue su apoyo; a pesar de que ha pasado un año, aún se deprime el verse sola, sin ningún hijo y, más aun, con su enfermedad. Piensa que es una carga para su familia.

RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

- Inventario de Depresión de Beck (Depresión moderada)
- Escala de Depresión de Hamilton (Depresión moderada)
- Escala de Ansiedad de Hamilton (Ansiedad moderada)
- Cuestionario de Personalidad NEO (Rasgos neuróticos)
- Cuestionario de Personalidad SEAPSI (Rasgos de personalidad dependiente)
- Escala de Afrontamiento ante el Dolor Crónico (Dificultad para el afrontamiento)

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL PROBLEMA

Paciente atraviesa por un conflicto intrafamiliar debido a la enfermedad que padece: Insuficiencia Renal Crónica. Esta situación le ha generado variaciones del estado de ánimo como la irritabilidad, motivo por el cual discute frecuentemente con sus hermanas por problemas económicos. Esto hace que se sienta triste, inútil ya que antes se ayudaba con su trabajo, y a raíz de que se enfermó dejó de hacerlo. Se siente culpable, vacía, desvalorizada como mujer. Esto ha afectado su vida personal y familiar generando conflictos constantemente al pensar en que su situación no tiene remedio. Por este motivo se rehúsa a salir, o hacer cualquier actividad placentera. Su espera sexual ha disminuido, creando en ella sentimientos de minusvalía y, por tal motivo, su divorcio. Teme ser abandonada por sus hermanas, ya que son las únicas personas que están a su lado en estos momentos.

Paciente presenta un trastorno de adaptación debido a su enfermedad. Presenta episodios de llanto y angustia; se deprime constantemente, manteniendo dificultad para conciliar el sueño. Refiere no querer vivir más; esto le genera gran angustia, su apetito ha disminuido, siente que en el día se asfixia con frecuencia más aun cuando se encuentra sola en casa.

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD

Paciente presenta rasgos de personalidad con predominio de déficit en la relación de tipo dependiente por sus siguientes características: Durante su desarrollo se ha caracterizado por ser introvertida, tímida, con la expectativa de que los demás le resuelvan los problemas; le incomoda la soledad, tiene temor al abandono.

Las características de su personalidad pueden estar vinculadas a la excesiva protección por parte de la figura paterna. Se la aprecia vulnerable, debilitada antes las amenazas del entorno.

CRITERIOS PRONÓSTICOS

El pronóstico de la paciente es favorable en medida que tiene apoyo de sus familiares.

RECOMENDACIONES

Asesoramiento y terapia de apoyo, para mejorar su estado emocional que atraviesa debido a su enfermedad médica.

FICHA DE PAREJA Y FAMILIAR

CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD
Esposa Sufrimiento excesivo en pérdidas afectivas, conducta dependiente y sumisa, sentimientos de malestar o abandono al encontrarse sola debido al miedo exagerado a ser capaz de cuidarse de sí mismo.
Esposo Relación distante
INTERACCIÓN FAMILIAR
Relación del paciente con la madre Con la madre antes de su fallecimiento la relación era muy apegada tenía buena relación y comunicación. Era obediente con ella.

Relación del paciente con el padre
Sobreprotegida por sus padres antes de su fallecimiento.
Relación del paciente con los hermanos
A pesar de que económicamente le ayudan, refiere que la relación es conflictiva.
Relación conyugal
Refiere cuando estaba casada su esposo la agredía verbalmente haciéndola sentir que no valía para nada. Ha provocado sentimientos de inutilidad como persona y como mujer.
Relación con los hijos
No tiene hijos
Observaciones
Ninguna

GUÍA No. 2

ANÁLISIS DE DEMANDA, EXPECTATIVAS Y MOTIVACIONES PREVIAS AL INICIO DEL PROCESO

ORIGEN	
Paciente	X
Familiar	X
Profesional	

Programa de Intervención Psicoterapéutica en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad

Otros	
DEMANDA	
Explícita (manifiesta)	X
Implícita (latente)	
TIPO DE DEMANDA	
Asesoramiento	X
Psicoterapia	

PACIENTE	1	2	3	4	5
Búsqueda de ayuda o supresión de síntomas					X
Complacencia a familiares y allegados			X		
Remisión de otros profesionales			X		
Exigencia de status	X				
Curiosidad	X				

Programa de Intervención Psicoterapéutica en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad

Otras	X					
-------	---	--	--	--	--	--

TERAPEUTA	1	2	3	4	5
Vocación de ayuda					X
Adquisición de experiencia					X
Fenómenos contra-transferenciales	X				
Factores económicos	X				
Obligación institucional	X				
Realización de la tesis					X

FAMILIARES, AMIGOS E INSTITUCIONES	1	2	3	4	5
Afán de ayuda de familiares					X
Sentimientos de ayuda de amigos	X				
Experiencias previas de familiares	X				

Exigencias familiares	X				
Engaño de familiares	X				
Exigencias institucionales	X				
Intereses institucionales					X
Grupo de investigación					
Otros					

GUÍA No. 3

TIPOS DE PRIMERA ENTREVISTA

Entrevista de psicodiagnóstico	
Entrevista de consulta	
Entrevista única	
Inicio de proceso de asesoramiento	X

INTERROGANTES AL FINALIZAR LA PRIMERA ENTREVISTA

	SI	NO	¿POR QUÈ?
¿Logré que el paciente hable con libertad sobre su problema?	X		La paciente habló sobre su dolor interno y facilitó un entendimiento cabal de lo que le hace sufrir y el cómo se ve así misma con su enfermedad.
¿Tengo claridad en la concepción del problema y las posibilidades de tratamiento?	X		<i>Con toda la información recabada de la FIEPS se llegó a conclusiones claras de su problema y sus síntomas depresivos y de acuerdo a sus necesidades, poder armar un plan de asesoramiento.</i>
¿He llegado a conclusiones diagnósticas de personalidad apropiadas?	X		Desde el inicio se mostró introvertida, sumisa, insegura, tímida. Se logró evidenciar el estilo de su personalidad.
¿He identificado las facilidades y dificultades en el tratamiento?	X		Se pudo apreciar el buen nivel de integración de la paciente y como dificultad los pensamientos tan arraigados que posee.
¿Percibí su problema desde su propio punto de vista?	X		Se pudo establecer una buena alianza entre paciente y profesional, entablado rapport, confianza y seguridad

Programa de Intervención Psicoterapéutica en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad

¿Se sintió comprendido en su problema?	X		Verbalizó sus experiencias y sintió que fue escuchada. Esto le generó más confianza sintiendo un cierto alivio emocional.
¿Se produjo desinhibición emocional?	X		Paciente empezó con episodios de llanto después se tranquilizó durante la primera sesión.
¿Terminó convencido sobre las posibilidades y objetivos de la asesoría?	X		La paciente decidió seguir con el proceso de asesoría y consejería.
¿Tiene confianza el paciente en mí como terapeuta y en el asesoramiento como forma de tratamiento?	X		Mostró tranquilidad y confianza en que el proceso, dado que le servirá para entender su problemática y, por ende, adaptase a su enfermedad.
¿Se identificaron componentes de resistencia?		X	En la primera sesión la paciente se sintió temerosa lo que llevó cierto tiempo romper esa resistencia.
¿Se identificaron componentes de transferencia?		X	

¿Se identificaron componentes de contratransferencia?		X	
---	--	---	--

GUÍA No.4

SÍNTESIS VALORATIVA Y DIAGNÓSTICA DE COMPONENTES BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES

DIAGNÓSTICO FORMAL	
TRASTORNO	
Factores biológicos influyentes en el problema	Padres hipertensos, la paciente padece de I.R.C
Factores sociales y familiares influyentes en el problema	Padres fallecidos quedando sola con sus dos hermanas, separación con su esposo aún no superada. En la actualidad no puede lidiar con su enfermedad y ello ha creado sentimientos de vacío e inutilidad.
Atribución psicológica del trastorno- Locus	Locus de control externo

DIAGNÓSTICO INFORMAL

PERSONALIDAD	
Características de personalidad del paciente	Introvertida, temerosa, ansiosa, insegura, miedo a la soledad, temor al abandono, sufrimiento excesivo por las pérdidas afectivas; conducta dependiente y sumisa, miedo a perder el apoyo de otras personas significativas.
Estilos cognitivos según la personalidad	Dentro de las distorsiones cognitivas se encuentra la abstracción selectiva y visión catastrófica de sí y el entorno.
Rasgos potenciadores y limitantes	Se identifica como rasgo potencializador la colaboración de la paciente y una limitante emociones perturbadoras que bloquean sus pensamientos.

DECISIONES SOBRE EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

	1	2	3	4	5
Paciente susceptible de tratamiento de asesoramiento				X	
Requiere tratamiento mixto (psicoterapia, biológico, social) Especifique: Asesoramiento y consejería psicológica	Sí ()			No ()	

Requiere intervención	Individual	X
	De pareja	
	Familiar	X
	Grupal	X
	Grupo de investigación	X
¿Qué dificultades se van a presentar en el proceso?		

Excelente = 5 Muy bueno= 4 Bueno= 3 Regular= 2 Insuficient = 1

GUÍA No. 5

PLANIFICACIÓN DEL PROCESO

1. Formulación Dinámica del Problema

Paciente atraviesa por un conflicto intrafamiliar debido a su enfermedad (I.R.C). Esto le ha generado variaciones en su estado de ánimo, por ese motivo discute frecuentemente con sus hermanas por problemas económicos. Dado que ahora ya no aporta como antes porque dejó su trabajo. Se siente culpable, triste como mujer y persona. Ya no disfruta de la vida y ello le genera conflictos constantes por pensar que su situación no tiene remedio. Su vida sexual se ve afectada, por tal motivo su esposo le pidió el divorcio.

Teme ser abandonada por sus hermanas ya que son las únicas que están a su lado en estos momentos.

Paciente presenta un trastorno de adaptación debido a su enfermedad. Esto ha generado episodios de llanto y angustia; se deprime constantemente, manteniendo dificultad para conciliar el sueño. Refiere no querer vivir más. Presenta cuadros de depresión y ansiedad a raíz de que supo que estaba enferma, situación que no puede controlar. No puede conciliar el sueño, su apetito ha disminuido, aún cuando se encuentra sola en casa.

El fallecimiento de sus padres, el divorcio y las constantes peleas con su familia mantienen y precipitan sus crisis.

2. Formulación Dinámica de la Personalidad

Paciente presenta rasgos de personalidad con predominio de déficit en la relación de tipo dependiente. Es introvertida, tímida, posee expectativa de que los demás le resuelvan sus problemas, le incomoda la soledad, posee temor al abandono; la sobreprotección de sus padres le afectó de manera significativa.

Estas características de personalidad pueden estar vinculadas a la excesiva protección por parte de la figura paterna. Se la aprecia vulnerable, debilitada antes las amenazas del entorno.

Dentro de sus distorsiones cognitivas se pudo evidenciar la abstracción selectiva en ciertos aspectos negativos y perturbadores dado que recuerda la pérdida de sus padres y la separación con su pareja lo que le impide ver con claridad eventos positivos. En la actualidad, profundiza la visión catastrófica; ello ha provocado que su enfermedad prospere. Mantiene una integridad de la personalidad con un locus de control externo. Entre los factores de influencia sociocultural se encuentran el excesivo apego parental y familiar que producen auto desprecio y evitación de responsabilidades adultas.

3. Señalamiento de Objetivos

3.4 Con relación a la problemática:

Resolución de conflictos intrafamiliares

Mejorar la adherencia al tratamiento

3.5 Con relación a la sintomatología:

Disminuir síntomas de ansiedad.

Disminuir síntomas de depresión.

3.3 Con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios:

Reelaborar cognitivamente situaciones pasadas (que le generen dolor)

4. Señalamiento de Técnicas

4.1 Con relación a la problemática:

Psicoeducación.

Resolución de conflictos

Asertividad

4.2 Con relación a la sintomatología o trastorno:

Procedimientos cognitivo conductuales

4.3 Con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios:

Reestructuración cognitiva.

Análisis de significados.

GUÍA No. 6

EVOLUCIÓN. EJECUCIÓN Y APLICACIÓN TÉCNICA

Programa de Intervención Psicoterapéutica en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad

Fecha	Evolución	Actividad
07/06/2014	Se notó a la paciente deprimida, sin ganas de seguir viviendo, con sentimientos de culpabilidad por su enfermedad manifestando que no puede vivir así.	Se recolecta información de la FIEPs; la necesaria para elaborar la planificación. En primera instancia se le brindó apoyo emocional para poder abordar su problemática. Se le facilitó apoyo emocional para que relate su estado emocional.
14/06/2014	<p>Paciente llegó a consulta alterada, triste, desganada, porque ya no deseaba no vivir con esta enfermedad.</p> <p>Apreciación del paciente</p> <p>1.....10</p>	<p>Se le brindó apoyo emocional nuevamente haciéndola sentir entendida y comprendida en su situación.</p> <p>Se realiza de modo grupal una psicoeducación para fomentar la aceptación y entendimiento de su enfermedad.</p>
21/06/2014	Se la nota más estable en relación a las sesiones anteriores.	Se aplicó el test de Hamilton y Beck. Se trabajó con la técnica resolución de conflictos, en donde conjuntamente con el paciente se iban analizando los problemas específicos, sus pro y sus contras, alternativas de soluciones, con

		el fin de se independice en la toma de decisiones.
28/06/2014	<p>Se la aprecia temerosa, triste, angustiada por situaciones que transitaron por su mente.</p> <p>Apreciación del paciente</p> <p>1.....10</p>	<p>Se aborda la separación de su esposo quien la agredía verbalmente la despreciaba. La paciente manifiesta que la llamaba "inútil". Se envía TIS en la que se pide que identifique sus rasgos de personalidad, además que trabaje sobre autoestima y las situaciones de pérdidas.</p> <p>También se aplicó un test para identificar el estilo de afrontamiento ante el dolor crónico. Se trabajó puntos claves que le ayuden a adaptarse a su nuevo estilo de vida.</p>
05/07/2014	<p>Colaboradora, con un estado anímico favorable para trabajar en las demás sesiones.</p>	<p>En esta sesión se trabajó con la TIS analizando los esquemas que le generan malestar subjetivo. Se aplicó el cuestionario SEAPSI para verificar sus rasgos de personalidad.</p>

Programa de Intervención Psicoterapéutica en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad

		<p>Se realizó de modo grupal una psicoeducación enfocada a los cambios físicos, psicológicos y sociales que produce esta enfermedad y la forma de afrontamiento y adaptación a ella.</p> <p>Se abordó el tema de la ansiedad. Se dio a conocer cómo identificarlas, en qué situación se presenta además de las formas adecuadas para afrontarlas.</p>
12/07/2014	Paciente se muestra tranquila, refiriendo que no tenía la información necesaria sobre su enfermedad en el ámbito psicológico, llegando a comprender diversas cosas.	<p>Se realizó el mismo ejercicio en donde se trabajó aspectos de la ansiedad en qué situación le genera, como se genera, que cambios produce en su estado de ánimo una vez identificarla se le explica la forma de controlarla.</p> <p>Al mismo tiempo se trabaja con las técnicas cognitivas realizando un registro diario de pensamientos automáticos en relación a su estado de ánimo o conducta problema con el objetivo de ir identificando la causa de su malestar subjetivo.</p>
19/07/2014	Paciente se connota tranquila acudiendo con sus hermanas que están a su cuidado de la paciente.	Se trabajó de forma grupal la psicoeducación dirigida a la familia. Se respondió inquietudes de los cuidadores primarios y el estrés que experimentan. Sirviéndoles como

Programa de Intervención Psicoterapéutica en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad

		herramienta necesaria para cada uno de ellos.
26/07/2014	Paciente se presenta de buen aspecto físico, colaboradora y con un grado bueno de positivismo ante su situación.	Se trabajó con la técnica biblioterapia en donde se analizó aspectos como: el autoconocimiento, aprendizaje de estrategias para afrontar sus problemas y así disminuir frustraciones y conflictos. Se aborda la capacidad de independizarse, la toma de decisiones y las ideas irracionales de morir.
02/07/2014	Se observa una actitud más positiva. Comenta que en las sesiones terapéuticas se siente escuchada.	Se aplica la técnica resolución de problemas en donde se define el problema específico, el paciente realiza diversas soluciones posibles examinando los pros y los contras de cada solución propuesta. Con el fin de que independice y tome sus propias decisiones de forma adecuada. Se retroalimentación sobre los aspectos positivos que se ha conseguido hasta la fecha. Refiere que ha podido identificar aspectos de su vida que no la dejan ser feliz a pesar de su enfermedad. Desea que su familia esté unida a ella.

Programa de Intervención Psicoterapéutica en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad

09/08/2014	Paciente refiere que la soledad en casa sin su esposo aún no es superada.	Se trabajó con las técnicas cognitivo conductuales, aspectos como su visión personal, sus esquemas subjetivos elaborados de acuerdo a sus experiencias y vivencias; se promueve la gestión de emociones negativas para mejorar la adherencia al tratamiento.
16/08/2014	En la paciente se evidenció una mejoría considerable. Sus conflictos se habían resuelto un 80%, al igual que su depresión y ansiedad.	Se volvió a trabajar en la detección de sus pensamientos irracionales como por ejemplo “prefiero morirme antes de quedarme sola” o “prefiero morirme ya no soporto estar enferma”, etc. Y por otro lado, también se abordó cuáles son los pensamientos que le generaban bienestar y tranquilidad.
23/08/2014	Manifiesta que el programa de intervención le ayudó a disminuir sus temores, angustias, miedos asociados a su enfermedad.	Se dio a conocer cada paso positivo que se ha conseguido por su propio esfuerzo. Se reconoció sus virtudes y defectos, y lo más importante conocerse así misma y su capacidad de adaptarse a su nuevo estilo de vida. Se realizó cerró el asesoramiento y consejería psicológica, realizando una retroalimentación de las sesiones anteriores para prevenir síntomas negativos.

GUÍA No. 9

EVALUACION FINAL DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

PROCESO				
Asesoramiento	X	Psicoterapia		
OBJETIVOS ESTABLECIDOS				
Asesoramiento	X	Sintomáticos	X	De personalidad
CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS				
Nivel de satisfacción (escala subjetiva de 1 a 10)				
Paciente	9	Observaciones		
Familiares	9	Observaciones		
Terapeuta	9	Observaciones		

TÉCNICAS EMPLEADAS Y GRADO DE EFICACIA (1-5)

Programa de Intervención Psicoterapéutica en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad

Asesoramiento	Psicoeducación	
	Consejería y apoyo emocional.	
Sintomáticas	Procedimientos cognitivos.	
	Procedimientos conductuales.	
De personalidad	Terapia cognitiva conductual	

Excelente = 5 Muy bueno= 4 Bueno= 3 Regular= 2 Insuficiente = 1

INTERROGANTES AL FINALIZAR EL PROCESO

		SÍ	NO	¿POR QUÉ?
Finalización del proceso		X		Su sintomatología disminuyó considerablemente, se la observa más optimista ante la vida, se potencializaron rasgos de personalidad.
Cumplimiento	Paciente	X		Disminuyó notoriamente su sintomatología
	Familiares	X		Comprendió aspectos de la enfermedad y la importancia del apoyo de la familia.

Programa de Intervención Psicoterapéutica en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad

de expectativas	Instituciones			
	Otros			
	Terapeuta	X		Se llegó a cumplir las expectativas en las sesiones.
Tratamiento mixto				
Derivación del paciente a otro profesional				
Deserción del paciente				

Anexo 3: Consentimiento Informado

Investigador/a

Psic. Andrea Bertha González Bone

ESTUDIANTE DE PREGRADO DE LA MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA.

Descripción:

Entiendo que la Psic. Andrea Bertha González Bone próximo a graduarse de la Maestría en Psicoterapia Integrativa de la Universidad del Azuay, está realizando esta investigación que abarca 12 sesiones con el objetivo de que por medio de un Programa de Asesoramiento Psicológico, desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad, mejore la adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica. Que asisten al Hospital Público de Machala Hospital Teófilo Dávila.

A su vez entiendo que si estoy llenando este documento, es debido en que la evaluación se diagnosticó un alto nivel de ansiedad y depresión en pacientes que padecen esta enfermedad, ya que es de gran motivación el poder ayuda a este grupo de estudio para que estos disminuyan y haya mejor calidad de vida.

Riesgos/ Beneficios para los Participantes

Como beneficio a mi persona, este programa me proporcionará más experiencia en trabajar con adultos mayores ya que no había tenido el honor de poder interactuar con grupos grandes que necesitan apoyo emocional ya que todas las sesiones mantenían un carácter motivacional tanto para el paciente y mi persona.

Costos y pagos de los participantes:

Doy por entendido que no recibiré ningún pago por mi participación y tampoco este será ningún costo para mi persona.

Confidencialidad y privacidad:

La información obtenida en esta investigación es completamente confidencial y los datos obtenidos serán utilizados debidamente como indican las leyes de protección de datos.

El derecho de los participantes de retirarse del estudio:

Entiendo que tengo el derecho a retirarme en cualquier momento del estudio sin penalización alguna, exigiendo amablemente que mis datos sean destruidos.

Consentimiento voluntario del participante

Después de haber leído y entendido este documento, voluntariamente me presto a participar en este estudio investigativo, para lo cual estoy dispuesto a brindar todo de mi parte para que este sea de beneficio mutuo. Cabe finalmente indicar que si en caso necesitara se me aclare alguna pregunta dentro del programa, el investigador estará presto a dar la explicación inmediata. Este consentimiento dará por terminado al momento de culminado la investigación.

Firma del participante

Anexo 4: Modelo de la Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica

GUÍAS DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

GUÍA No. 1

FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA FIEPS No.

Fecha:

Elaborada por:

DATOS INFORMATIVOS

Nombre:			
Edad:	Estado Civil:	N° de hijos:	Religión:
Lugar y fecha de nacimiento:			
Residencia:	Dirección:	Telf:	
Instrucción:		Ocupación:	
Informante:		Parentesco:	

Tipo de consulta:

Ambulatorio		Acogida	
Hospitalizado		Consulta Privada	
Otros ¿Cuál?			

DEMANDA

ORIGEN			
Paciente		Familiar (s)	
Profesional		Otros	

EXPLÍCITA:.....
.....
.....

IMPLÍCITA:.....
.....
.....

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES:.....
.....
.....

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL Y FAMILIAR (GENOGRAMA):.....
.....
.....

RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS:.....
.....
.....

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA:.....
.....
.....

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL PROBLEMA:.....
.....
.....

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD:

.....
.....

CRITERIOS PRONÓSTICOS:.....
.....
.....

RECOMENDACIONES.....
.....
.....

Anexo 5: Planificación del Proceso

Guía No. 5

1. Formulación Dinámica del Problema

2. Formulación Dinámica de la Personalidad

3. Señalamiento de Objetivos

3.6 Con relación a la problemática:

3.2 Con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios:

4. Señalamiento de Técnicas

4.1. Con relación a la problemática:

4.2. Con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios:

Anexo 4: Evolución del Proceso

Guía No. 6

EVOLUCIÓN

EJECUCIÓN Y APLICACIÓN TÉCNICA

Fecha	Evolución	Actividad

Anexo 6: Modelos de reactivos psicológicos

6.1. Inventario de Depresión de Beck

Instrucciones: En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1) No me siento triste

Me siento triste.

Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.

Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.

Me siento desanimado respecto al futuro.

Siento que no tengo que esperar nada.

Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3) No me siento fracasado.

Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.

Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.

Me siento una persona totalmente fracasada. 2

4) Las cosas me satisfacen tanto como antes.

No disfruto de las cosas tanto como antes.

Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.

Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

- 5) No me siento especialmente culpable.
Me siento culpable en bastantes ocasiones.
Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
Me siento culpable constantemente.
- 6) No creo que esté siendo castigado.
Me siento como si fuese a ser castigado.
Espero ser castigado.
Siento que estoy siendo castigado.
- 7) No estoy decepcionado de mí mismo.
Estoy decepcionado de mí mismo.
Me da vergüenza de mí mismo.
Me detesto.
- 8) No me considero peor que cualquier otro.
Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
Continuamente me culpo por mis faltas.
Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9) No tengo ningún pensamiento de suicidio.
A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
Desearía suicidarme.
Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
- 10) No lloro más de lo que solía llorar.

Ahora lloro más que antes.

Lloro continuamente.

Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11) No estoy más irritado de lo normal en mí.

Me molesto o irrito más fácilmente que antes.

Me siento irritado continuamente.

No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12) No he perdido el interés por los demás.

Estoy menos interesado en los demás que antes.

He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.

He perdido todo el interés por los demás.

13) Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.

Evito tomar decisiones más que antes.

Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.

Ya me es imposible tomar decisiones.

14) No creo tener peor aspecto que antes.

Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.

Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.

Creo que tengo un aspecto horrible.

15) Trabajo igual que antes.

Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.

Tengo que obligarme mucho para hacer algo.

No puedo hacer nada en absoluto.

16) Duermo tan bien como siempre.

No duermo tan bien como antes.

Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.

Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17) No me siento más cansado de lo normal.

Me canso más fácilmente que antes.

Me canso en cuanto hago cualquier cosa.

Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18) Mi apetito no ha disminuido.

No tengo tan buen apetito como antes.

Ahora tengo mucho menos apetito.

He perdido completamente el apetito.

19) Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.

He perdido más de 2 kilos y medio.

He perdido más de 4 kilos.

He perdido más de 7 kilos.

Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20) No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.

Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.

Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.

Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21) No he observado ningún cambio reciente en mi interés.

Estoy menos interesado por el sexo que antes.

Estoy mucho menos interesado por el sexo.

He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación Nivel de depresión*

1-10.....Estos altibajos son considerados normales.

11-16.....Leve perturbación del estado de ánimo.

17-20.....Estados de depresión intermitentes.

21-30.....Depresión moderada.

31-40.....Depresión grave.

+ 40.....Depresión extrema.

* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

6.2. Escala de Hamilton para la depresión

Instrucciones: Escoja en cada tema la puntuación que corresponda a la intensidad acorde a lo que siente o a su comportamiento, de acuerdo a su apreciación, y luego sume la totalidad de los 17.

1. Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)

0= Ausente

1= Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente

2= Estas sensaciones las relata espontáneamente

3= Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)

4= Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea

2. Sentimientos de culpa:

0= Ausente

1 = Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente

2 = Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones

3 = Siente que la enfermedad actual es un castigo

4 = Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras

3. Suicidio:

0= Ausente

1= Le parece que la vida no vale la pena ser vivida

2= Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse

3= Ideas de suicidio o amenazas

4= Intentos de suicidio (cualquier intento serio)

4. Insomnio precoz:

0 = No tiene dificultad

1 = Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño

2 = Dificultad para dormir cada noche.

5. Insomnio intermedio:

0 = No hay dificultad

1 = Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche

2 = Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)

6. Insomnio tardío:

0 = No hay dificultad

1 = Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir

2 = No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

7. Trabajo y actividades:

0 = No hay dificultad

1= Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)

2= Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)

3= Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad

4= Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.

8. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora):

0= Palabra y pensamiento normales

1= Ligeramente retrasado en el habla

2= Evidente retraso en el habla

3= Dificultad para expresarse

4= Incapacidad para expresarse

9. Agitación psicomotora:

0= Ninguna

1 = Juega con sus dedos

2= Juega con sus manos, cabello, etc.

3 = No puede quedarse quieto ni permanecer sentado

4 = Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios

10. Ansiedad psíquica:

0 = No hay dificultad

1 = Tensión subjetiva e irritabilidad

2 = Preocupación por pequeñas cosas

3 = Actitud aprensiva en la expresión o en el habla

4 = Expresa sus temores sin que le pregunten

11. Ansiedad somática (Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como: Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares:

palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración):

0 = Ausente

1 = Ligera

2 = Moderada

3 = Severa

4 = Incapacitante

12. Síntomas somáticos gastrointestinales:

0 = Ninguno

1= Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen

2= Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales

13. Síntomas somáticos generales

0 = Ninguno

1 = Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.

14. Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales):

0 = Ausente

1 = Débil

2 = Grave

15. Hipocondría:

Programa de asesoramiento psicológico desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica

0 = Ausente

1 = Preocupado de sí mismo (corporalmente)

2 = Preocupado por su salud

3 = Se lamenta constantemente, solicita ayuda

16. Pérdida de peso:

0 = Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana

1 = Pérdida de más de 500 gr. en una semana

2 = Pérdida de más de 1 Kg. en una semana

17. Introspección:

0= Se da cuenta que está deprimido y enfermo

1= Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.

3= No se da cuenta que está enfermo

Si la suma total de esta escala es igual o mayor a 6 puntos puede estar padeciendo un trastorno depresivo.

**Programa de asesoramiento psicológico desde el Modelo Integrativo Focalizado en la
Personalidad para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes con
Insuficiencia Renal Crónica**

6.3. Escala de Hamilton para la ansiedad

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems:

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| 0. Ausente | 3. Intensidad elevada |
| 1. Intensidad ligera | 4. Intensidad máxima |
| 2. Intensidad media | |

		0	1	2	3	4
1	Estado ansioso: Inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación con terror). Irritabilidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Tensión: Sensaciones de tensión. Fatiga. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Miedos: A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Insomnio: Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración. Falta de memoria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Estado de ánimo depresivo: Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Programa de asesoramiento psicológico desde el Modelo Integrativo Focalizado en la
Personalidad para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes con
Insuficiencia Renal Crónica**

7	Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Síntomas somáticos generales: Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestesias (pinchazos u hormigueos).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Síntomas cardiovasculares: Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de "baja presión" o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Síntomas respiratorios: Opresión pre torácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Síntomas gastrointestinales: Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, nauseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del período menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Conducta en el transcurso del test: Tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tics, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud: va y viene. Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	muscular o contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva. Eructos. Taquicardia o palpitaciones. Ritmo respiratorio acelerado. Sudoración. Pestañeo.					
--	---	--	--	--	--	--

6.4. Cuestionario NEO de Personalidad

El NEO-PI-R consta de 240 ítems, con respuestas de cinco alternativas desde “muy en desacuerdo” hasta “muy de acuerdo”, con un tiempo promedio de 30-40 minutos en completar el test, como por ejemplo:

<p>Neuroticismo</p> <p>A veces siento que no valgo nada</p> <p>Rara vez siento miedo o angustia</p>
<p>Extraversión</p> <p>Me río fácilmente</p> <p>No me considero una persona especialmente alegre</p>
<p>Apertura a la experiencia</p> <p>Con frecuencia disfruto jugando con teorías o ideas abstractas</p> <p>No me gusta perder mi tiempo soñando despierto/a</p>
<p>Agradabilidad</p> <p>Generalmente trato de ser abierto/a y considerado/a con los demás</p> <p>Algunas personas piensan que soy frío y calculador</p>

Ser concienzudo

Trato de realizar a conciencia las tareas que se me
asignan

No soy una persona muy metódica

6.5. Cuestionario de Personalidad SEAPsi

(X)

MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD SEAPsi

Nombre _____ Fecha _____

Señale las frases con las que más se identifique

<input type="checkbox"/>	Al realizar alguna actividad o tarea me gusta que las cosas salgan perfectas
<input type="checkbox"/>	Programo mis actividades y salidas del esquema me genera ansiedad
<input type="checkbox"/>	Me resulta difícil expresar mis emociones y sentimientos a los demás
<input type="checkbox"/>	Soy rígido en temas vinculados con la moral y los valores
<input type="checkbox"/>	Me preocupa la posibilidad de tener alguna falla cuando realizo una actividad
<input type="checkbox"/>	Me siento preocupado cuando escucho críticas en mi contra
<input type="checkbox"/>	Cuando realizo alguna actividad me agrada que las personas se adapten a mi forma de hacer las cosas
<input type="checkbox"/>	En mis actividades soy muy organizado y me preocupo de todos los detalles
<input type="checkbox"/>	En las tareas laborales o domésticas busco que todo tenga un orden ideal
<input type="checkbox"/>	Tengo ideas o pensamientos que no logro quitarlos fácilmente
<input type="checkbox"/>	Cuando veo a un grupo de amigos reunidos tengo la sospecha de que pueden estar hablando de mí
<input type="checkbox"/>	Para que yo confíe en los demás deben demostrarme lealtad
<input type="checkbox"/>	Me molesta cuando me interrumpen el trabajo que estoy realizando
<input type="checkbox"/>	Al ver a mi pareja en compañía de otra persona siento ira
<input type="checkbox"/>	Soy una persona que denota una cierta autoridad natural
<input type="checkbox"/>	Prefiero conocer los antecedentes de una situación a la que me voy a enfrentar para no ser sorprendido
<input type="checkbox"/>	Generalmente impongo mi punto de vista
<input type="checkbox"/>	En mis labores me gusta generalmente superar a las demás personas
<input type="checkbox"/>	Prefiero mantener mi vida privada en reserva
<input type="checkbox"/>	Cuando las personas en las que confío me fallan me resulta difícil perdonar
<input type="checkbox"/>	Mi estado de ánimo es muy variable
<input type="checkbox"/>	Hay días en que me siento muy alegre y otros en los que sin causa estoy triste
<input type="checkbox"/>	A veces miro el futuro con gran optimismo y en ocasiones lo veo negro
<input type="checkbox"/>	Cuando estoy en buen estado emocional me torno excesivamente generoso
<input type="checkbox"/>	Por las mañanas me siento triste y parecería que todo me saldrá mal
<input type="checkbox"/>	Me impresiono fácilmente ante las situaciones de sufrimiento humano
<input type="checkbox"/>	Soy sensible ante las circunstancias de malestar ajeno
<input type="checkbox"/>	En mi vida diaria repentinamente aparecen períodos de tristeza sin motivo
<input type="checkbox"/>	Sobredimensiono las expresiones de amistad y afecto
<input type="checkbox"/>	Soy bromista, agradable y expresivo con las personas que conozco
<input type="checkbox"/>	En la mayoría de ocasiones me gusta salirme con la mía
<input type="checkbox"/>	Me gusta ayudar a la gente sin importar el grado de cercanía que tenga con ella
<input type="checkbox"/>	Reacciono con gran emotividad ante las circunstancias que ocurren a mi alrededor
<input type="checkbox"/>	Para salir de casa mi aspecto físico debe ser impecable
<input type="checkbox"/>	Cuando me propongo conseguir algo a veces exagero y dramatizo
<input type="checkbox"/>	Mi vida social es muy amplia, tengo facilidad para conseguir amigos
<input type="checkbox"/>	En una reunión social soy muy alegre y extrovertido me convierto en el alma de la fiesta
<input type="checkbox"/>	Creo fácilmente lo que me dicen o lo que leo, llegando a sugestionarme
<input type="checkbox"/>	Me gusta ser reconocido por lo que hago
<input type="checkbox"/>	Me agrada que los demás me vean atractivo
<input type="checkbox"/>	Prefiero evitar actividades que involucren contacto con los demás
<input type="checkbox"/>	Me preocupa la crítica, desaprobación o rechazo de las personas que conozco
<input type="checkbox"/>	En una reunión social prefiero estar alejado del griterío
<input type="checkbox"/>	Para poder relacionarme debo estar seguro de agradar a los demás
<input type="checkbox"/>	Me cuesta simpatizar con los demás porque tengo miedo a ser ridiculizado o avergonzado
<input type="checkbox"/>	Mi vida social es reducida
<input type="checkbox"/>	Cuando conozco a gente nueva temo no poder iniciar una conversación
<input type="checkbox"/>	Me gustaría mejorar mis relaciones interpersonales
<input type="checkbox"/>	Tengo dificultades para hablar de mí mismo ante los demás
<input type="checkbox"/>	Me siento ofendido si alguien se muestra crítico frente a mí durante una conversación

Programa de asesoramiento psicológico desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica

MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

o Cuando encuentro dificultades en el camino me resigno a no llegar al destino deseado.
 Cuando he terminado una relación afectiva busco que alguien me proporcione cuidado y apoyo.
 Me cuesta expresar mi desacuerdo a las demás personas.
 Prefiero esperar ideas y pensamientos cuando ya han sido expresados.
 Soy obediente ante mis superiores y jefes.
 Generalmente intento evitar las discusiones con otros.
 Cuando observo dificultades dentro de mi familia una actitud pasiva y distante.
 Me siento incómodo y desamparado cuando estoy solo.
 En situaciones difíciles es mejor que los otros tomen decisiones.

e Me resulta difícil disfrutar de las relaciones familiares y sociales.
 Prefiero hacer las cosas solo.
 Disfruto más realizando pocas actividades que demasiadas.
 Tengo pocos amigos íntimos o de confianza.
 Siempre me ha costado enamorarme profundamente.
 Soy inercial ante los hechos o circunstancias adversas que sucedan.
 No experimento intensamente emociones como la ira y la alegría.
 Prefiero las actividades abstractas o misteriosas.
 Soy indiferente ante los halagos o críticas de los demás.
 En las reuniones sociales prefiero mantenerme distanciado de las personas que me rodean.

es Me agradan las cosas excéntricas y fuera de lo común.
 Tengo un poder especial para saber qué es lo que sucederá en el futuro.
 Mi apariencia es peculiar y rara para los demás.
 No confío mucho en mis amigos íntimos o de confianza.
 Me agradan las supersticiones y los fenómenos paranormales.
 Con los demás soy inflexible, me cuesta ceder a sus peticiones.
 Siento que soy diferente y que no encajo con los demás.
 Me siento muy ansioso ante personas desconocidas.
 Temo que los demás quieran hacerme daño.
 Creo ver, oír o sentir algo que no es real.

ds Reniego de las normas sociales y legales.
 A veces hago trampa para obtener beneficios personales.
 Si encuentro una solución que es favorable para mí, avanto, sin darme si las consecuencias son negativas para otras personas.
 En la niñez solía causar daños a los animales.
 Suelo ser impulsivo al planificar el futuro.
 Soy incapaz de mantener relaciones personales duraderas.
 Cuando estoy con ira expreso mi agresividad sin importarme las consecuencias.
 No me preocupa mi seguridad ni la de las demás personas.
 Soy inestable en mis trabajos aun cuando tenga obligaciones económicas.
 No tengo remordimientos cuando ofendo a los demás.

i Me cuesta esfuerzos controlar mi ira.
 Soy impulsivo en la realización de mis actividades.
 Mis relaciones interpersonales son muy inestables e intensas.
 Me gusta engañar a las personas para que estén conmigo.
 Generalmente no mido las consecuencias de mis actos, aunque luego reacciono con arrepentimiento.
 Elaboro imágenes idealizadas de las personas que están conmigo.
 La rutina me molesta por eso siempre busco algo diferente que hacer.
 A pesar de tener un carácter fuerte temo ser abandonado.
 Me gasto el dinero de manera imprudente por ejemplo en apuestas, en compras innecesarias.
 Cambio bruscamente de opinión con respecto al futuro, las amistades o las ocupaciones.

APRECIACIÓN

MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

CALIFICACIÓN

A partir del conteo que se realice en cada tipo de personalidad de acuerdo a lo señalado, se coloca el resultado en el recuadro ubicado al final de cada personalidad. La respuesta correcta entre 0 - 10. Luego estos resultados se trasladan a la siguiente tabla.

10										
9										
8										
7										
6										
5										
4										
3										
2										
1										
0										
P	h	c	a	p	d	i	e	v	d	e

estilo de personalidad predominante: _____

6.6. Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico

Nombre:

Fecha:

Religión

1. Rezo para que mis dolores desaparezcan
2. Rezo para conseguir fuerza y guía sobre el problema.
3. Rezo para curarme
4. Utilizo la fe para aliviar mis dolores
5. Pido a Dios que me alivie de mis dolores

Catarsis (Búsqueda de Apoyo Social Emocional)

6. Cuando tengo dolor intento hablar con alguien y contarle lo que me pasa. Esto me ayuda a soportarlo
7. Cuando tengo dolor les digo a los demás lo mucho que me duele, pues el compartir mis sentimientos me hace encontrarme mejor
8. Cuento a la gente la situación porque ello me ayuda a encontrar soluciones
9. Hablo con la gente de mi dolor, porque el hablar me ayuda a sentirme mejor
10. Busco a algún amigo o allegado que me comprenda y me ayude a sentirme mejor con el dolor

Distracción

11. Cuando tengo dolor imagino situaciones placenteras
12. Busco algo en qué pensar para distraerme
13. Ignoro el dolor pensando en otra cosa
14. Intento recrear mentalmente un paisaje

15. Cuando tengo dolor pienso en otra cosa

16. Cuando tengo dolor me esfuerzo en distraerme con algún pasatiempo Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico

Autocontrol Mental

17. Me concentro en el punto en que más me duele intentando disminuir el dolor

18. Me olvido de todo y me concentro en mi dolor intentando que desaparezca

19. Cuando tengo dolor me concentro en su localización e intensidad para intentar controlarlo

20. Cuando tengo dolor me concentro en él e intento disminuirlo mentalmente

21. Trato de dejar la mente en blanco

Autoafirmación

22. Pienso que he de tener fuerzas y no desfallecer

23. Me doy ánimos para aguantar el dolor

24. Me digo a mi mismo que tengo que ser fuerte

25. Cuando tengo dolor no me rindo, peleo

26. Aunque me duele me contengo y procuro que no se me note

Búsqueda de Información (Búsqueda de Apoyo Social Instrumental)

27. Intento que me expliquen qué puedo hacer para disminuir el dolor

28. Busco a algún amigo, familiar o profesional para que me aconseje cómo superar la situación

29. Hablo con un profesional (médico, psicólogo, sacerdote, etc.) del problema para que me ayude a hacerle frente

30. Intento saber más sobre mi dolor para así poder hacerle frente

31. Hablo con alguien que puede hacer algo concreto sobre mi dolor

Instrucciones para el profesional:

Población diana: Población general con dolor de una duración superior a 6 meses. Se trata de un cuestionario auto administrado que consta de 31 ítems distribuidos en 6 sub escalas. Los autores no sugieren punto de corte. Este cuestionario sirve para explorar el afrontamiento del dolor crónico y sus áreas con las estrategias más destacadas para el control y manejo de la percepción algica. Las puntuaciones que corresponden a cada opción de respuesta son:

- Totalmente en desacuerdo: 0
- Más en desacuerdo que de acuerdo: 1
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo: 2
- Más de acuerdo que en desacuerdo: 3
- Totalmente de acuerdo: 4

Anexo 7: Reglas y sugerencias a tener en cuenta en las sesiones

REGLAS:

1. Llegar a tiempo a las sesiones
2. Asistencia
3. Mantener siempre una actitud positiva
4. Constancia
5. Ser partícipe en cada sesión
6. Confidencialidad
7. Honestidad

SUGERENCIAS

1. Permitir que tus compañeros conozcan lo que piensas u opinas
2. Has preguntas
3. Ayudar a otros compañeros a ser partícipe en las charlas psico-educativas
4. Dejar que todos opinen de la conversación
5. Considerar el punto de vista de otras personas
6. Participa en la discusión

Anexo 8: Actividad de grupo

“LO IMPORTANTE”

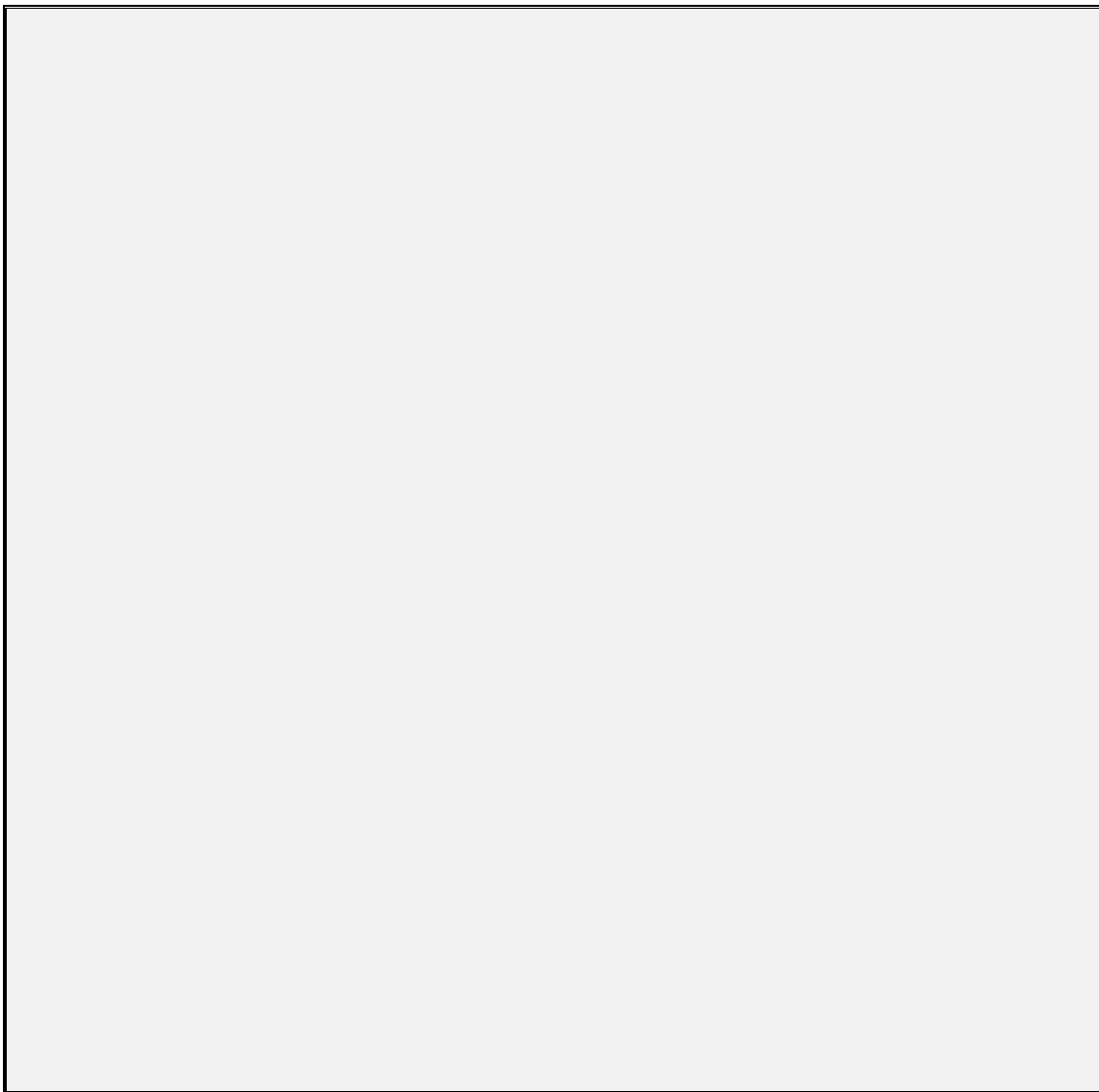
Si mañana fuese el último día de tu vida y tuvieses un perfecto estado de salud... ¿Cómo lo llenarías?

¿A dónde irías?

¿A quién verías?

¿Qué dirías?

¿Cómo lo vivirías?



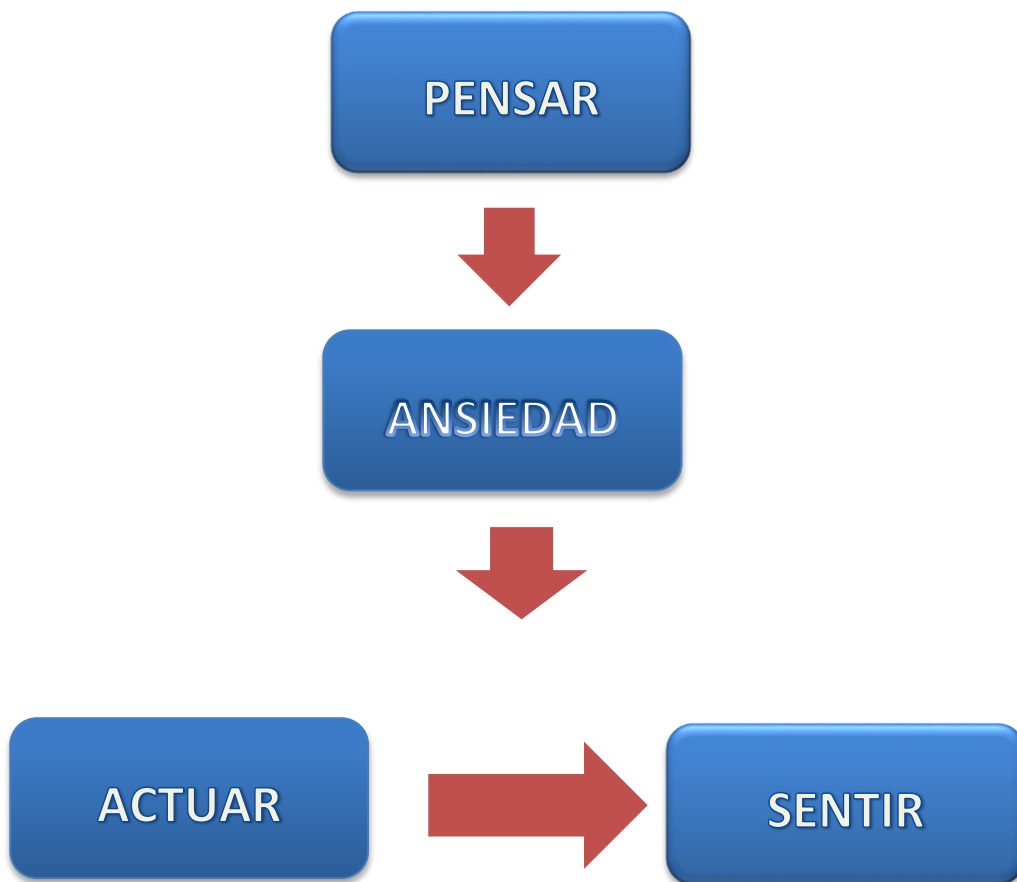
Anexo 9: Cómo detectar tu ansiedad

- ❖ ¿Este síntoma es de aparición nueva o más antigua? (es decir, ¿cuál es mi historia con este síntoma en concreto?)
- ❖ ¿Este síntoma está más presente en mi mente (por ejemplo, preocupación) o en mi cuerpo (sofocación)?
- ❖ ¿Cuándo he tenido estos síntomas en el pasado que me han servido de ayuda?
- ❖ ¿Qué agrava o mejora los síntomas cuando tengo un episodio?
- ❖ ¿Qué significa para mí este síntoma en concreto?
- ❖ ¿Qué otras personas de mi familia tienen síntomas de este tipo y que les ha servido para mejorar, o que les ha empeorado?
- ❖ ¿Qué proporción de mi angustia procede del sentimiento de sentirme solo o incapaz de valerme por mí mismo y cuanto de ello procede a causa de otras personas?
- ❖ Del 1 al 10, uno como menos intenso y diez como máxima intensidad, ¿podría decir de qué me encuentro afectado en este momento por síntomas de ansiedad?

Anexo 10: ¿Cómo generamos ansiedad?

¿Cómo entendemos la ansiedad?, ¿qué percepción incide en nuestros pensamientos?

Se procede a desarrollar de forma explicativa como ésta actúa dentro de nuestras vidas.



Anexo 8: Tomar Autoconciencia

Ejercicio: Estaremos tres minutos en silencio total y con los ojos cerrados. Durante este tiempo intentaremos tomar conciencia de todo aquello que captan nuestros sentidos: ruidos, sonidos, sensaciones visuales, olores, tacto, sensación de peso y de presión, etc. Al finalizar la actividad se redacta un informe de las sensaciones percibidas.

Anotaciones:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Anexo 11: Actividad “El dominó de las emociones”

Después de haber realizado la trama de sus historias con la técnica de biblioterapia, se construyó el “dominó de las emociones” para de esta manera trabajar el vocabulario emocional.

Materiales: cartulina y lapiceros

Se le entrega los papeles cuadrados a cada paciente para luego realizar la lista de sentimientos y emociones que le puso a su historia, ya que formarán parte del dominio, así como de las definiciones de cada uno.

Al elaborar el dominó, los pacientes van familiarizándose con las palabras, a partir de esta idea el terapeuta puede decidir incluir en el juego un código de colores según la gama de emociones. Al igual se realiza una tarjeta de soluciones para consultar los resultados a fin de que no haya errores.

TRISTEZA	(Definición de soledad)	SOLEDAD	(Definición de soledad)
(Definición de tristeza)			

Anexo 12: Valorar estilos de afrontamiento - asertividad

A lado de las siguientes afirmaciones anote el estilo de afrontamiento de problemas o conflictos que crees que correspondan a las mismas: asertivo, pasivo o agresivo.

No sé por qué me das tantos medicamentos si todo está ya perdido.....

Ya estoy harto de que todo el día me molesten (gritando).....

Gracias, estoy emocionada.....

No puedo contar con nadie, todo me da igual.....

No quiero hablar de esto.....

Me cuesta mucho aceptar esta enfermedad.....

No quisiera ir allí, pero voy a ir por lo que piensen.....

¡Basta estoy harto.....

Me siento triste y muy cansado/a.....

No puedo hacer nada.....

¡Son unos incompetentes y unos inútiles!.....

Quisiera hablar contigo. ¿es posible ahora?.....

Me gusta que hayas venido.....

Pienso que me voy a morir.....

¡Ya nada me importa!.....

Anexo 13: Errores de pensamiento

Inferencia arbitraria:

Adelantarse a dar conclusiones rápidas e impulsivas, aun en ausencia o contraria evidencia que la apoye.

- ❖ Podrías pensar: “tengo temor a quedarme solo” porque sentiré que nadie me quiere y me moriré.

Abstracción selectiva:

Concentrarse solo en algún detalle, ignorar otras características más relevantes e importantes de una situación.

- ❖ Podrías pensar: “la cena estuvo terrible, quizás solo te enfocaste en la comida pero no en la compañía (tu familia)”

Sobre generalización:

Hacer una regla general a partir de uno o varios hechos aislados, aplicando luego dichas reglas tanto a situaciones relacionadas o aisladas.

- ❖ Podrías pensar: “hoy me han felicitado por mi trabajo, pero eso no quiere decir nada, cualquiera lo podría haber hecho mejor que yo”.

Personalización:

Refiriéndose a la facilidad que tiene una persona de atribuirte situaciones ajenas o externas hacia así mismo, sintiéndose culpables por ellas.

Programa de asesoramiento psicológico desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica

- ❖ Podrías pensar: “No me invitaron a formar parte de este taller porque soy una persona poco divertida y muy callada, sin darte cuenta que para la selección hubieron características muy distintas por las que no fue tomada en cuenta”.

Pasamiento absolutista:

Mirar las cosas como si fueran completamente buenas o completamente malas, sin términos intermedios.

- ❖ Podrías pensar: No valgo para nada, todo me sale mal, Todo lo que me ocurre es un desastre, todo el mundo es igual.

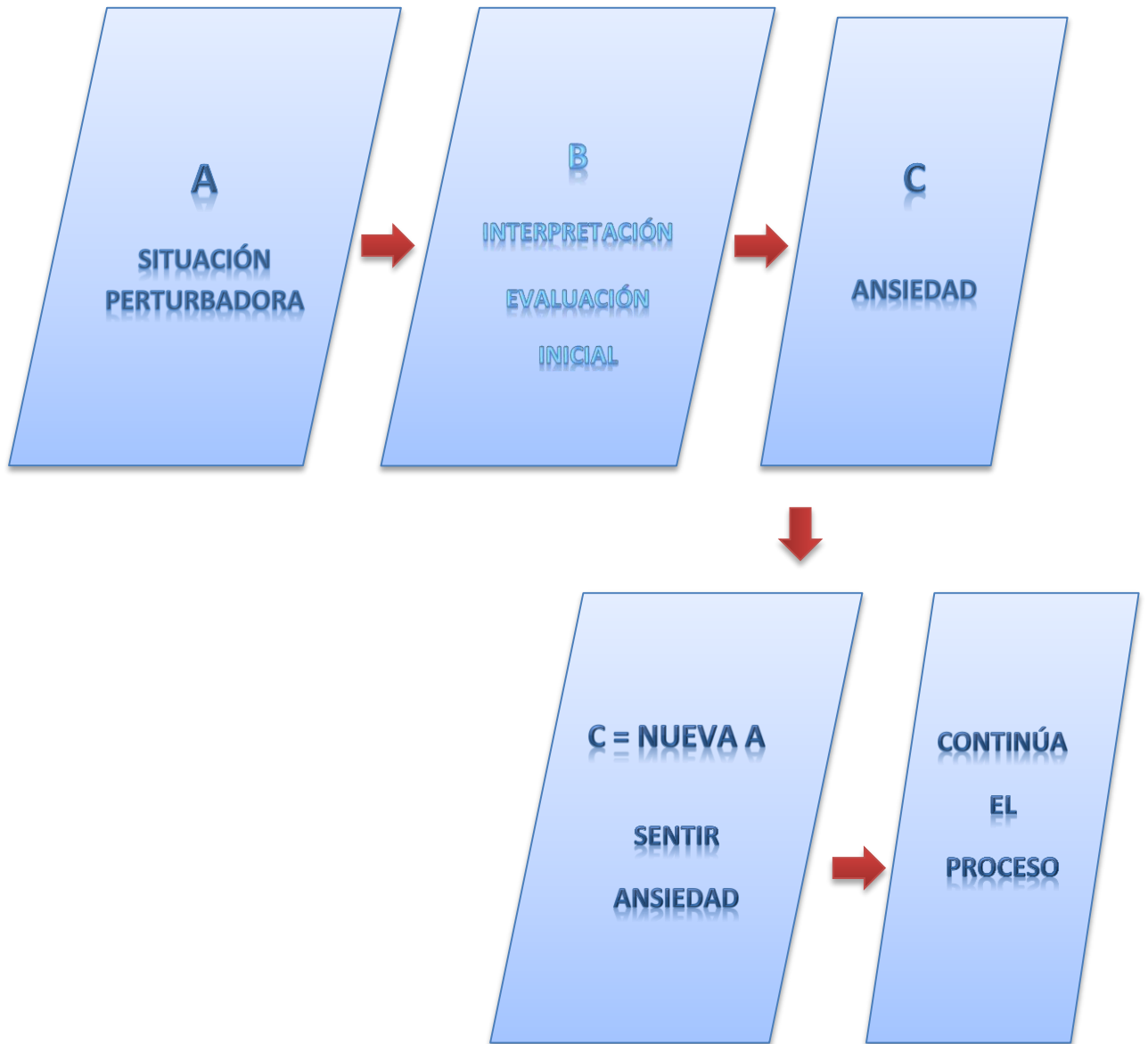
Etiquetas:

Cuando por cometer algún error te etiquetas de un bueno para nada. También podrías etiquetar a otras personas o situaciones basadas en un solo error.

- ❖ Podrías pensar: “no pude o no pudo realizar este ejercicio soy o es una tonta”.

Nota: Recuerda que así como estos pensamientos disfuncionales, existen otros igual de destructivos y solo tú puedes contrarrestarlos.

Anexo 14: Modelo A-B-C de Ellis



Anexo 15: Modelo A- B- C -D

<p><u>A</u>: EVENTO ATIVANTE (QUÉ SUCEDIÓ)</p>	<p><u>C</u>: CONSECUENCIA (CÓMO REACCIONÓ USTED)</p>
<p><u>B</u>: CREENCIAS DE LO QUE SUCEDIÓ (LO QUE USTED SE DIJO A USTED MISMO/A, ACERCA DE LO QUE SUCEDIÓ Y EN QUE INFLUENCIÓ SU REACCIÓN)</p>	<p><u>D</u>: DISCUTIR LA CREENCIA (LOS PENSAMIENTOS ALTERNATIVOS QUE PODRÍAN AYUDARLE A REACCIONAR DE UNA FORMA MÁS SALUDABLE)</p>

Anexo 16: Actividad en sesiones

Aquello que nos decimos a nosotros mismos suele estar basado en las creencias que hemos ido incorporando en nuestra vida.

Señala aquellas frases que más se parecen a las que te dices a ti mismo/a.

..... ¡Esto es demasiado difícil!

..... Adelante todo irá bien.

..... Si me lo propongo, saldrá bien.

..... Soy un desastre.

..... Tranquilidad, paso a paso lo iré haciendo.

..... Todo me saldrá mal.

..... ¡Ánimo y adelante! Yo puedo.

..... Todo el mundo me tiene manía.

..... La vida es cuestión de suerte.

..... Si una cosa no me gusta, no la debo hacer.

..... Todo aquello que tiene valor en la vida requiere esfuerzo.

..... Todos nos podemos equivocar, mañana lo intentaré de nuevo.

..... No hace falta intentarlo, es demasiado difícil para mí.

..... Lo estás haciendo bien, sigue así.

..... La vida vale la pena.

¿Qué impacto crees que puede tener en tu vida el hecho de tener integradas estas creencias?

Anexo 17: Identificar los Pensamientos Irracionales - Tareas En Casa

<u>N.</u>	<u>PENSAMIENTOS IRRACIONALES</u>	<u>PENSAMIENTOS RACIONALES</u>
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

Anexo 18: Monitoreo o seguimiento de actividades

ACTIVIDADES	PREDICCIÓN	RESULTADO	OBSERVACIONES
Escoger de todas las actividades realizadas, cual es la que ayudará a disminuir su depresión y ansiedad.	¿Cuánto consideras te ayudará a disminuir tus tristezas y angustias de estas actividades? 0.....100%	¿Cuánto te ayudó a disminuir tu angustia y tristeza realizando esta actividad?	

Anexo 19: Formulario para establecer metas a largo plazo

Imagine en primera instancia su vida dentro de 5 años más adelante, en una situación exageradamente ideal tanto en su vida familiar, de salud y social, luego escriba lo más detalladamente posible. Abrir los ojos. Pausar unos minutos.

Cierre los ojos nuevamente y trasladarse 5 años en el futuro, imaginándose ahora en las peores condiciones que podría llegar a estar. Luego al abrir los ojos. Pausar unos minutos. Escribir lo más detalladamente posible.

Cerrar los ojos e imaginar nuevamente su futuro, pero solo dentro de un año y bajo una perspectiva positiva más real, escriba con lujo de detalles.

Basado en el análisis de lo realizado, escriba la meta que más quisiera lograr en este año, en términos muy específicos y concretos. Luego especifique claramente los siguientes apartados.

Meta:

¿Cómo quiero llegar a pensar?

¿Cómo quiero llegar a sentir?

¿Cómo quiero llegar a actuar?

En términos más reales, ¿qué debo haber logrado en puntos intermedios de tres y seis meses?

Tres meses:

Seis meses:

Anexo 20: Encuesta de evaluación y cierre de programa

Encuesta de evaluación: Conteste, por favor, con toda honestidad cada pregunta; esto nos ayudará a conocer si este programa tuvo un verdadero beneficio en su restablecimiento emocional. A la vez su sinceridad nos motivará a mejorar futuros programas.

1. Considera usted que cumplió correctamente este programa, asistiendo a todas las sesiones y realizando las tareas a conciencia.

Totalmente () Considerablemente () Un poco ()

2. ¿Le resulto dificultoso las actividades realizadas tanto en las sesiones como en casa?

Ninguna dificultad () Cierta dificultad () Bastante dificultoso ()

Explique por qué.

3. ¿Considera usted que le ayudado el seguir este programa, a disminuir sus síntomas de ansiedad?

Nada () Un poco () Considerablemente () Muy considerablemente ()

4. ¿Considera que fue tratado en este programa con dignidad y respeto?

Si () No () un poco ()

*****GRACIAS POR SU ATENCIÓN*****

Anexo 21: Ejemplo de ficha clínica

GUÍAS DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

GUÍA No. 1

FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA No. 1

Fecha: 28/08/2014

Elaborada por: Andrea González Bone

DATOS INFORMATIVOS

Nombre NN			
Edad: 73	Estado Civil: Viuda	N° de hijos: 5	Religión: Católica
Lugar y fecha de nacimiento: Pasaje			
Residencia: Pasaje	Dirección: Pasaje 6ta oeste		Telf:
Instrucción: Primaria		Ocupación: Ama de casa	
Informante: Paciente		Parentesco: Familia	

TIPO DE CONSULTA:

Ambulatorio	<input type="checkbox"/>	Acogida	<input type="checkbox"/>
Hospitalizado	<input type="checkbox"/>	Consulta Privada	<input checked="" type="checkbox"/>
Otros ¿Cuál?			<input type="checkbox"/>

DEMANDA:

ORIGEN			
Paciente	<input checked="" type="checkbox"/>	Familiar (s)	<input type="checkbox"/>
Profesional	<input checked="" type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>

EXPLÍCITA:

Paciente manifiesta sentirse triste, irritable, con sentimiento de inutilidad motivo que no puede trabajar como lo hacía antes, tiene dificultad para conciliar el sueño “siento que soy un fracaso por mi enfermedad”

IMPLÍCITA:

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES:

Comenta que su vida cambio a partir de que se enteró que padecía I.R.C. hace dos años atrás, su vida se volvió rutinaria y vacía, ya que antes era activa trabajaba muy duro con gran dedicación, ahora en la actualidad se siente inútil ya que no puede realizar las actividades que antes solía hacer , pasa en casa triste, se levanta por las mañana llorando y en todo el día no siente deseos de hacer ninguna actividad ya sean domesticas aun vea que su casa esta desordenada se agita con gran volviéndose irritable no soporta a sus nietos e hijos, por lo que le ha llevado a encerrarse en casa, el tratamiento lo sigue porque sus familiares la presionan a que no lo deje, manifiesta ser una carga para sus hijos y eso le pone mal ya que antes era muy independiente tomaba sus propias decisiones mantenía una vida en la que ella daba órdenes y solventaba los gastos de su hogar.

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL Y FAMILIAR (GENOGRAMA):

Paciente proviene de un hogar estructurado, de un nivel económico medio, trabajaba duro para poder sustentar el hogar ayudándolos económicamente a sus padres. Se ha considerado siempre una persona fuerte, ordenada, muy responsable con su trabajo, en todo lo que se desenvolvía tenía que salirle perfecto, de lo contrario volvía a realizarlo produciéndole gran ansiedad, se consideraba una persona detallista sea en su lugar de trabajo o en su propio hogar, no soportaba ver el desorden de sus hijos. Padre y madre

son fallecidos con antecedentes renales e infarto, cuando tenía la edad de 50 años quienes conjuntamente con sus 3 hermanos mantenían una buena relación familiar, Se casó a la edad de 22 años procreando cinco hijos, buenas relaciones afectivas, Vivian una vida tranquila a pesar de lo económico, su esposo falleció a los 48 años quien quedo viuda. A los dos años después se entera que sufre de I.R.C diciendo “que toda su vida no valió la pena vivirla” la maldice con sentimientos de impotencia recordando que a la edad de 19 años tuvo un evento de aborto quien dice arrepentirse de haberlo hecho quien en la actualidad piensa que dios la está castigando por haber cometido ese error diciendo que por su culpa ella tiene esta enfermedad y ver como sus hijos deben de mantenerla sintiéndose inútil y una carga para sus hijos.

RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS:

- Test de depresión de Beck
- Escala de depresión de Hamilton
- Escala de ansiedad de Hamilton
- Cuestionario de personalidad Neo
- Cuestionario de personalidad SEAPsl
- Cuestionario de estilos de afrontamiento ante el dolor crónico

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA:

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL PROBLEMA:

Paciente presenta conflictos interpersonales debido a su estado de ánimo decaído por motivo de su enfermedad médica I.R.C que le ha conllevado a estar triste, deprimirse constantemente con dificultad para conciliar el sueño, ha disminuido el interés por las actividades que realizaba antes, presentando agitación y fuertes palpitaciones en el pecho, no sale de casa, piensa que la vida no merece la pena ser vivida se sintiéndose una persona vieja de aspecto desagradable y enferma.

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD:

Paciente presenta rasgos obsesivos por las siguientes características: como la realización de alguna actividad o trabajo que se desempeña con gran preocupación de que todo este ordenado, detallado y organizado mientras si no es así lo volvía a realizar hasta que este salga perfecto generándole gran ansiedad autoexigiéndose, dedicándose mucho tiempo a su trabajo, en la que era inflexible de la manera que el trabajo es algo impostergable, en su hogar le gusta que todo este ordenado aunque le generaba problemas con sus hijos.

CRITERIOS PRONÓSTICOS:

Su pronóstico es favorable debido a su enfermedad atraviesa conflictos emocionales en la que con un tratamiento mejorara su estado de ánimo.

RECOMENDACIONES:

Se le recomienda a la paciente acogerse al programa de asesoramiento y psicoeducación para que llegue a entender y a incorporar el tratamiento y tenga adherencia a su estilo de vida teniendo el apoyo familiar.

Anexo 22: Planificación del Proceso

GUÍA No. 5

PLANIFICACIÓN DEL PROCESO

1. Formulación Dinámica del Problema

Paciente presenta conflictos interpersonales debido a su estado de ánimo decaído por motivo de su enfermedad médica I.R.C que le ha conllevado a estar triste, deprimirse constantemente con dificultad para conciliar el sueño, ha disminuido el interés por las actividades que realizaba antes, presentando agitación y fuertes palpitaciones en el pecho, no sale de casa, piensa que la vida no merece la pena ser vivida se sintiéndose una persona vieja de aspecto desagradable y enferma.

Dentro de los factores predisponentes fallecimientos de sus padres y esposo con antecedentes renales e infartos, como factor precipitante cuando se enteró que padecía de I.R.C su mundo se le vino abajo no soporta la noticia de vivir con una enfermedad crónica en su vejez, factor mantenedor se denota la mala adherencia al tratamiento reusándose a seguir con sus diálisis ya que le produce gran tristeza, sentimientos de inutilidad que sirva para nada, siendo dependiente ahora de sus hijos.

2. Formulación Dinámica de la Personalidad

Paciente presenta rasgos obsesivos por las siguientes características: como la realización de alguna actividad o trabajo que se desempeña con gran preocupación de que todo este ordenado, detallado y organizado mientras si no es así lo volvía a realizar hasta que este salga perfecto generándole gran ansiedad auto-exigiéndose, dedicándose mucho tiempo a su trabajo, en la que era inflexible de la manera que el trabajo es algo impostergable, en su hogar le gusta que todo este ordenado aunque le generaba problemas con sus hijos.

Sus rasgos positivos se connotan a pesar de sus circunstancias una mujer fuerte y luchadora, con mecanismo de defensa sobre-generalización y distorsiones cognitivas como visión catastrófica, mantiene una integración de su personalidad, con locus de control externo. Hay una predisposición a la motivación a pesar de sus circunstancias.

3. Señalamiento de Objetivos

a) Con relación a la problemática:

Resolver conflictos intrapersonales (concientizar la enfermedad para una mejor calidad de vida). Dar apoyo emocional

b) Con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios:

Flexibilizar rasgos de personalidad

4. Señalamiento de Técnicas

a) Con relación a la problemática:

- Psico-educación tanto para la familia como el enfermo
- Modificación de actitudes hacia la enfermedad

b) Con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios:

- Procedimientos cognitivo conductual (manejo de la contingencia y el autocontrol cognitivo - emocional).

Anexo 23: Evolución del Proceso

GUÍA No. 6

EVOLUCIÓN - EJECUCIÓN Y APLICACIÓN TÉCNICA

Fecha	Evolución	Actividad